



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΠΑΤΡΩΝ**  
UNIVERSITY OF PATRAS

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΑΤΡΩΝ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

## **ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΕΘΙΣΜΟΣ, ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙ Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ.**

**ΦΟΙΤΗΤΕΣ: ΔΑΡΑΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ**

**ΜΟΝΕ ΑΓΓΕΛΟΣ-ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ**

**ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΜΑΡΝΕΡΑΣ ΧΡΗΣΤΟΣ**



**Πάτρα 2020**

## Ευχαριστίες

*Για την εκπόνηση αυτής της εργασίας θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε πρωτίστως τις οικογένειες μας για όλη της στήριξη, τις γνώσεις και τις συμβουλές που μας παρείχαν. Ακόμα θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τον κ. Μαρνέρα Χρήστο για την βοήθεια του και τις κατευθυντήριες οδηγίες που μας παρείχε καθόλη την εκπόνηση της πτυχιακής μας.*

## Περιεχόμενα

Ευχαριστίες .....	2
Περίληψη .....	6
Abstract.....	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1° .....	8
Εθισμός .....	8
Αίτια εθισμού.....	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2° .....	12
Ναρκωτικές ουσίες και εξάρτηση.....	12
Αιτιολογία .....	14
Βιολογικές θεωρήσεις της εξάρτησης .....	16
Ψυχοκοινωνικές προσεγγίσεις της εξάρτησης .....	19
Προβλήματα που συνδέονται με τη χρήση ουσιών.....	25
Η εργασία.....	26
Η εκπαίδευση.....	27
Η υγεία.....	30
Η νομική εμπλοκή.....	32
Η ψυχολογική κατάσταση.....	34
Υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ.....	36
Αιτιολογία .....	38
Γενετικοί παράγοντες .....	39
Βιολογικοί παράγοντες.....	40
Κοινωνικοπολιτισμικοί παράγοντες .....	41
Ψυχολογικοί παράγοντες .....	42
Παρεμβάσεις για την υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ .....	44
Πρόληψη: η κοινωνικοπολιτισμική προσέγγιση.....	44
Αλκοολισμός και προβληματική κατανάλωση αλκοόλ .....	45
Στέρωση.....	46
Φαρμακευτική θεραπεία.....	46
Η μέθοδος των 12 σταδίων .....	47
Γνωσιακές συμπεριφοριστικές προσεγγίσεις.....	48
Βραχείες θεραπείες .....	50
Η έρευνα MATCH.....	51
Επιπλοκές.....	52

Χρήση ηρωίνης .....	54
ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	56
Γενετικοί παράγοντες.....	56
Βιολογικοί παράγοντες.....	57
Κοινωνικοπολιτισμικοί παράγοντες .....	57
Ψυχολογικοί παράγοντες .....	58
Θεραπεία της χρήσης ηρωίνης.....	59
Ενασχόληση με τυχερά παιχνίδια .....	61
Διαγνωστικά Κριτήρια Παθολογικής Ενασχόλησης με τα τυχερά παιχνίδια σύμφωνα με το DSM-IV	65
Στάδια Εξάρτησης από το παιχνίδι.....	66
Συμπτωματολογία.....	70
Αιτιολογικοί Παράγοντες.....	70
Βιολογικοί παράγοντες.....	71
Ψυχολογικοί παράγοντες .....	72
Κοινωνικοί παράγοντες .....	74
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 <sup>ο</sup> .....	76
Θεραπευτικά προγράμματα υποκατάστασης.....	76
Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ) .....	77
Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕΘΕΑ).....	79
Η Θεραπευτική Κοινότητα.....	81
Το Κέντρο Κοινωνικής Επανάταξης.....	82
Μονάδα Απεξάρτησης 18 ΑΝΩ.....	84
Ανώνυμοι Αλκοολικοί .....	87
Θεραπευτικές προσεγγίσεις.....	87
Τα προγράμματα φαρμακευτικής αγωγής.....	87
Προγράμματα ψυχοκοινωνικής υποστήριξης.....	89
Εναλλακτικές θεραπευτικές μέθοδοι.....	92
Η κοινωνική υποστήριξη (social support).....	92
Ο ρόλος του φύλου στην υποτροπή.....	93
Κοινωνική Επανάταξη.....	94
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 <sup>ο</sup> .....	95
Ο ρόλος του νοσηλευτή .....	95
Νοσηλευτική Αξιολόγηση .....	97
Νοσηλευτική Διάγνωση.....	98

Νοσηλευτικός σχεδιασμός .....	98
Νοσηλευτική Εφαρμογή .....	99
Νοσηλευτική εκτίμηση των αποτελεσμάτων .....	99
Νοσηλευτική διεργασία.....	100
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ.....	102

## Περίληψη

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το φαινόμενο του εθισμού απαντάται καθημερινά στην σημερινή εποχή, όχι μόνο στην χώρα μας αλλά και στην Ευρώπη και τον υπόλοιπο κόσμο. Ως εθισμός ορίζεται η συμπεριφορά που χαρακτηρίζεται από εξάρτηση από μια συγκεκριμένη ουσία ή δραστηριότητα, π.χ. ναρκωτικά, κάπνισμα, αλκοόλ, τυχερά παιχνίδια.

### ΣΚΟΠΟΣ

Στη παρούσα πτυχιακή διερευνήθηκαν διάφορα είδη εθισμού, οι αιτιολογικοί τους παράγοντες, οι θεραπευτικές τους προσεγγίσεις καθώς και το κατά πόσο επηρεάζουν τα άτομα τόσο σε ατομικό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο.

### ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση δημοσιευμένων άρθρων και ερευνών από τις βιβλιογραφικές βάσεις δεδομένων Pub med, Google scholar χρησιμοποιώντας λέξεις-κλειδιά : “ “addiction” “smoke” “drugs” “gambling” “alcohol”. Ακόμα πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση σκετικά με το ερευνώμενο θέμα

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από την έρευνα που πραγματοποιήθηκε διαφάνηκε πως ο εθισμός είναι ένα σύγχρονο πρόβλημα το οποίο απασχολεί μεγάλη μερίδα του πληθυσμού παγκοσμίως. Πολλοί άνθρωποι ζουν παγιδευμένοι σσε κάποιον εθισμό. Φάνηκε ακόμα πως η εξάρτηση και ο εθισμός έχουν μεγάλη επιρροή σε όλες τις εκφάνσεις και τις δραστηριότητες των ανθρώπων, τόσο σε ατομικό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο. Ως προς την αιτιολογία, φάνηκε πως σχεδόν όλες οι εξαρτήσεις έχουν κοινούς μηχανισμούς δράσεις στο ανθρώπινο σύστημα.

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Άτομα με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο ή με γονείς εξαρτημένους είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν κάποιο εθισμό στην ζωή τους σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό. Ο εθισμός αποτελεί ένα σύγχρονο πρόβλημα, σχεδόν πολυεπίπεδο, το οποίο επιρρεάζει τόσο το άτομο όσο και την κοινωνία. Οι άνθρωποι με κάποιο εθισμό αποτελούν μια ευαίσθητη ομάδα της κοινωνίας, η οποία δυστυχώς λόγω της σύγχρονης κοινωνικοπολιτικοοικονομικής πολιτικής δεν τυγχάνει της μέριμνας που θα έπρεπε. Οι άνθρωποι αυτοί συνήθως παραγονίζονται από την κοινωνία σε κάποια πλευρά της ώστε να μην είναι εμφανείς και να τους ξεχνούν.

### ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ

Εξάρτηση, εθισμός, ναρκωτικές ουσίες, αλκοόλ, τυχερά παιχνίδια

## **Abstract**

### **INTRODUCTION**

The phenomenon of addiction is found daily in today's world, not only in our country but also in Europe and the rest of the world. Addiction is defined as behavior characterized by dependence on a particular substance or activity, e.g. drugs, smoking, alcohol, gambling.

### **PURPOSE**

In this dissertation, different types of addiction were investigated, their etiological factors, their therapeutic approaches as well as whether they affect individuals both individually and socially.

### **METHODOLOGY**

A bibliographic review of published articles and research from the Pub med, Google scholar bibliographic databases was performed using keywords: “addiction”, smoke, drugs, gambling, alcohol. A literature review was also conducted on the subject under investigation

### **Results**

Research has shown that addiction is a modern problem that affects a large portion of the world's population. Many people live trapped in an addiction. It also showed that addiction and addiction have a great influence on all aspects of human activities and activities, both individually and socially. As for the etiology, it seemed that almost all addictions have common mechanisms of action in the human system.

### **CONCLUSIONS**

People with low socioeconomic status or dependent parents are more likely to develop an addiction in their lives than the general population. Addiction is a modern problem, almost multilevel, which affects both the individual and society. People with an addiction are a sensitive group of society, which unfortunately due to the modern socio-political-economic policy does not receive the care it should. These people are usually marginalized by society in some part of it so that they are not visible and are forgotten.

### **KEYWORDS**

Addiction, addiction, drugs, alcohol, gambling

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>

### Εθισμός

Σύμφωνα με το DSM-IV-TR, οι συνδεδεμένες με χρήση ουσιών διαταραχές ταξινομούνται σε δυο κατηγορίες που αντανακλούν δυο διαφορετικά επίπεδα σοβαρότητας: την εξάρτηση από ουσίες και την κατάχρηση ουσιών (APA, 2000).

Η εξάρτηση από ουσίες είναι η πιο σοβαρή μορφή. Χαρακτηρίζεται από τουλάχιστον τρία από τα ακόλουθα που λαμβάνουν χώρα σε μια περίοδο 12 μηνών:

A. επαναλαμβανόμενη χρήση που οδηγεί στην ανοχή, δηλαδή στην ανάγκη να αυξάνεται συνεχώς η ποσότητα της ουσίας, προκειμένου να επιτευχθεί η τοξίκωση ή το επιθυμητό αποτέλεσμα.

B. στέρηση, δηλαδή το χαρακτηριστικό στερητικό σύνδρομο για την ουσία, που περιλαμβάνει δυσάρεστα ή επώδυνα σωματικά ή ψυχολογικά συμπτώματα όταν το άτομο διακόπτει τη χρήση.

Γ. έμμονη επιθυμία για την ουσία ή ανεπιτυχείς προσπάθειες να ελεγχθεί ή να διακοπεί η χρήση της

Δ. μεγάλο μέρος του χρόνου διατίθεται σε δραστηριότητες απαραίτητες για την απόκτηση της ουσίας.

E. σημαντική μείωση ή εγκατάλειψη κοινωνικών, επαγγελματικών ή ψυχαγωγικών δραστηριοτήτων εξαιτίας της χρήσης της ουσίας.

Στ. συνέχιση της λήψης της ουσίας, ενώ υπάρχει επίγνωση των δυσμενών σωματικών και ψυχολογικών επιπτώσεων λόγω της χρήσης.

Επιπλέον, η διάγνωση προσδιορίζεται είτε με σωματική εξάρτηση, όταν δηλαδή ισχύει ή το (α) ή το (β) είτε χωρίς σωματική εξάρτηση όταν δηλαδή δεν ισχύει το (α) ή το (β).

Η δεύτερη λιγότερο σοβαρή μορφή διαταραχής είναι η κατάχρηση ουσιών. Ορίζεται ως ένα δυσπροσαρμοστικό πρότυπο χρήσης ουσίας, που οδηγεί σε κλινικά σημαντική έκπτωση ή ενόχληση σε ένα από τα ακόλουθα για μια περίοδο 12 μηνών (Γκοτζαμάνης, 1996).



- A. αποτυχία στην εκπλήρωση βασικών υποχρεώσεων στον επαγγελματικό τομέα, στο σχολείο ή στο σπίτι.
- B. χρήση της ουσίας σε συνθήκες που ενέχουν κίνδυνο ζωής, για παράδειγμα οδήγησης οχήματος υπό την επήρεια της ουσίας
- Γ. προβλήματα με το νόμο που συνδέονται με τη χρήση της ουσίας
- Δ. συνεχιζόμενη χρήση παρά την ύπαρξη κοινωνικών ή διαπροσωπικών προβλημάτων που προκαλούνται ή επιδεινώνονται από τη χρήση της ουσίας.

Παλαιότερα σε αγγλόφωνες βιβλιογραφίες γινόταν χρήση του όρου addiction (εθισμός), ο οποίος έχει αντικατασταθεί από τον όρο εξάρτηση. Σε γαλλόφωνες βιβλιογραφίες αναφέρεται συχνά ο όρο toxicomanie που προέρχεται από την ελληνική λέξη τοξικομανία, όρο που συναντούμε και σήμερα στην ελληνική βιβλιογραφία (Μάτσα, 2004).

Η έννοια ενός γενικού συνδρόμου εξάρτησης από ουσίες έχει διαμορφωθεί στο DSM-IV-TR και είναι αποδεκτό από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας. Για τον λόγο αυτό, όλες οι διαταραχές χρήσης ουσιών, συμπεριλαμβανομένης της κατάχρησης και της εξάρτησης από αλκοόλ, ορίζονται από την ίδια ομάδα γενικών κριτηρίων. Ο ορισμός της κατάχρησης μιας ουσίας προϋποθέτει ένα δυσπροσαρμοστικό πρότυπο χρήσης της ουσίας που οδηγεί σε σημαντική έκπτωση λειτουργικότητας ή δυσφορία, σε έναν τουλάχιστον από τους ακόλουθους τομείς (εργασία, σωματικός κίνδυνος, νομικά ζητήματα, διαπροσωπικές σχέσεις) που διαρκεί τουλάχιστον 12 μήνες. Επιπροσθέτως, προκειμένου να τεθεί η διάγνωση της κατάχρησης το άτομο δεν πρέπει να πληρούσε ποτέ κατά το παρελθόν τα κριτήρια της εξάρτησης.

Ο ορισμός της εξάρτησης προϋποθέτει ότι το άτομο εμφανίζει τουλάχιστον 3 από τις 7 προβληματικές συμπεριφορές σε όλη τη διάρκεια μιας 12 μηνες περιόδου. Τα κριτήρια εστιάζουν στη συμπεριφορά που συνδέεται με τη χρήση της ουσίας, την έκπτωση λειτουργικότητας που προκαλείται από τη χρήση και την ανάπτυξη ανοχής ή συνδρόμου στέρησης κατά την απόσυρση της ουσίας. Η εξάρτηση κατηγοριοποιείται περαιτέρω ανάλογα με το αν συνοδεύεται ή όχι από σωματική εξάρτηση (π.χ. ύπαρξη είτε στερητικού συνδρόμου είτε ανοχής). Τα κριτήρια αυτά αποσκοπούν στη διάκριση ατόμων με επικίνδυνη χρήση, από τα άτομα με απλώς επιβλαβή χρήση. Η διάκριση δεν είναι πάντοτε σαφής και υπάρχει αξιοσημείωτη επικάλυψη ανάμεσα στην κατάχρηση και στην εξάρτηση. Είναι πιθανώς προτιμότερο να θεωρούνται οι δυο αυτές διαταραχές ότι αποτελούν τμήμα ενός φάσματος, με την εξάρτηση στο βαρύτερο άκρο του.

### ***Διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV-TR για την κατάχρηση ουσιών I***

Ένα δυσπροσαρμοστικό πρότυπο χρήσης ουσιών που οδηγεί σε κλινικά σημαντικότερη έκπτωση λειτουργικότητας ή δυσφορίας, όπως εκδηλώνεται με (ή περισσότερα) από τα παρακάτω για μια 12μηνη περίοδο:

1. Υποτροπιάζουσα χρήση της ουσίας που έχει ως αποτέλεσμα την αποτυχία εκπλήρωσης βασικών υποχρεώσεων του ρόλου του ατόμου σε σχέση με την εργασία, το σχολείο ή το σπίτι του (πχ επανειλημμένες απουσίες ή πτωχή επίδοση στην εργασία εξαιτίας της χρήσης της ουσίας, ημερήσιες ή οριστικές αποβολές από το σχολείο, παραμέληση των τέκνων ή των οικιακών εργασιών)
2. Υποτροπιάζουσα χρήση της ουσίας σε περιστάσεις όπου αυτή ενέχει σωματικούς κινδύνους (π.χ. οδήγηση αυτοκινήτου ή χειρισμός μηχανήματος υπό την επήρεια της ουσίας)
3. Υποτροπιάζοντα προβλήματα με τον νόμο συνδεδεμένα με την ουσία (π.χ. συλλήψεις για συμπεριφορές που συνδέονται με την ουσία)
4. Συνεχιζόμενη χρήση της ουσίας παρά την ύπαρξη επίμονων ή επαναλαμβανόμενων προβλημάτων σε κοινωνικό ή διαπροσωπικό επίπεδο, τα οποία προκαλούνται ή επιδεινώνονται από τις επιδράσεις της ουσίας (λογομαχίες με τον/την σύζυγο σχετικά με τις συνέπειες της τοξίκωσης από την ουσία, σωματικοί διαπληκτισμοί).

### ***Διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV-TR για την εξάρτηση από ουσίες II***

Ένα δυσπροσαρμοστικό πρότυπο χρήσης ουσιών που οδηγεί σε κλινικά σημαντική έκπτωση λειτουργικότητας ή δυσφορία, όπως εκδηλώνονται με 3 ή περισσότερα από τα παρακάτω, για μια περίοδο 12 μηνών:

1. Ανοχή, όπως ορίζεται με οποιοδήποτε από τα ακόλουθα
  - a. Ανάγκη για λήψη αξιοσημείωτα αυξημένων ποσοτήτων της ουσίας προκειμένου να επιτευχθεί η τοξίκωση ή οι επιθυμητές δράσεις της
  - b. Αξιοσημείωτα μειωμένο αποτέλεσμα της ουσίας με τη συνεχιζόμενη χρήση τη ίδιας ποσότητας από αυτή
2. Στέρηση όπως εκδηλώνεται με οποιοδήποτε από τα ακόλουθα:
  - a. Το χαρακτηριστικό για την ουσία σύνδρομο της στέρησης

- b. Η ίδια ουσία λαμβάνεται προκειμένου να ανακουφιστούν ή να αποφευχθούν α συμπτώματα της στέρησης
3. Η ουσία συχνά λαμβάνεται σε μεγαλύτερες ποσότητες ή για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα σε σχέση με την αρχική πρόθεση του ατόμου
  4. Υπάρχει μια επίμονη επιθυμία για την ουσία ή αποτυχημένες προσπάθειες μείωσης ή ελέγχου της χρήσης της ουσίας
  5. Ένα σημαντικό μέρος από τον χρόνο του ατόμου δαπανάται σε δραστηριότητες, απαραίτητες για την απόκτηση της ουσίας (πχ επισκέψεις σε πολλούς ιατρούς, οδήγηση μεγάλων αποστάσεων), τη χρήση της (π.χ. συνεχές κάπνισμα) ή για την ανάνηψη από τις επιδράσεις της
  6. Εγκατάλειψη ή περιορισμός σημαντικών κοινωνικών, επαγγελματικών ή ψυχαγωγικών δραστηριοτήτων εξαιτίας της χρήσης της ουσίας
  7. Η χρήση της ουσίας συνεχίζεται παρά την επίγνωση του ατόμου για την ύπαρξη ενός επίμονου ή επαναλαμβανόμενου σωματικού ή ψυχολογικού προβλήματος, το οποίο είναι πιθανό να έχει προκληθεί ή να έχει επιδεινωθεί από την ουσία (π.χ. συνεχιζόμενη χρήση κοκαΐνης παρά την αναγνώριση της προκαλούμενης από την κοκαΐνη κατάθλιψης ή συνεχιζόμενη χρήση αλκοόλ παρά την αναγνώριση ότι ένα πεπτικό έλκος επιδεινώθηκε εξαιτίας της κατανάλωσης αλκοόλ

## Αίτια εθισμού

Οι ψυχολογικοί παράγοντες που σχετίζονται με τον εθισμό διατυπώνονται από επιστήμονες της ψυχαναλυτικής, της συμπεριφοριστικής, της γνωσιακής συμπεριφοριστικής, της οικογενειακής και της προσέγγισης των 12 βημάτων. Ενώ διαφέρουν στις τοποθετήσεις τους, όλες συγκλίνουν σε ένα βασικό άξονα, ο οποίος προτάθηκε αρχικά από τον Cooper (1994): η προβληματική χρήση ουσιών οφείλεται στο γεγονός ότι η χρήση της ουσίας μειώνει την εσωτερική ένταση. Η άποψη αυτή έχει οδηγήσει στη θεωρία της αυτοφαρμακευτικής χρήσης, σύμφωνα με την οποία οι χρήστες λαμβάνουν την ουσία επιχειρώντας με λανθασμένο τρόπο την αυτό ίαση τους. Αυτή η θεωρία προτείνεται από διάφορες θεωρητικές προσεγγίσεις, όπως η συμπεριφοριστική αλλά και η ψυχαναλυτική αν και οι προσεγγίσεις διαφέρουν σχετικά με τους μηχανισμούς και τις εσωτερικές διεργασίες που σχετίζονται με την εξάρτηση και την κατάχρηση ουσιών. Υποστηρίζουν τη θέση αυτή με

εμπειρικά ευρήματα που δείχνουν ότι μεγάλο ποσοστό χρηστών παρουσιάζει ψυχιατρική συννοσηρότητα (Μάτσα, 2004) Κλινικές παρατηρήσεις συσχετίζουν ειδικά το άγχος και την κατάθλιψη με την προβληματική χρήση.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>

### Ναρκωτικές ουσίες και εξάρτηση

Όταν ζητείται να περιγράψει κάποιος άνθρωπος ένα εξαρτημένο άτομο, μάλλον θα σας δώσει τη στερεοτυπική περιγραφή ενός ατόμου που είναι εξαρτημένο από βαριά ναρκωτικά, όπως η ηρωίνη και η κοκαΐνη. Οι περισσότερες χημικές εξαρτήσεις όμως συνδέονται με νόμιμες ουσίες, όπως ο καφές, τα τσιγάρα και το αλκοόλ. Οι άνθρωποι μπορεί επίσης να είναι εξαρτημένοι από διάφορες συμπεριφορές, όπως η σωματική άσκηση και τα τυχερά παιχνίδια. Γι αυτούς η νευροχημική αντίδραση στη συμπεριφορά τους είναι παρόμοια με εκείνη που προκαλείται από τα ναρκωτικά.

Πολλοί άνθρωποι κάνουν χρήση ναρκωτικών ουσιών, ξεκινώντας μάλιστα σε σχετικά μικρή ηλικία. Στο Ηνωμένο Βασίλειο το 41% των ατόμων ηλικίας 16 ετών υπολογίζεται ότι έχει κάνει χρήση κάνναβης έναντι του 34% στις Ηνωμένες Πολιτείες, του 10% στην Ιταλία και του 2% στην Ελλάδα. Παρόμοιες διαπολιτισμικές διαφορές προκύπτουν για τη χρήση κοκαΐνης σε διάφορες ευρωπαϊκές χώρες.

Οι Hiaasen et al. (2004) βρήκαν ότι το ποσοστό των ατόμων ενός δείγματος από τον γενικό πληθυσμό ηλικίας 15 έως 64 ετών που έχει κάνει χρήση κοκαΐνης τουλάχιστον μια φορά, διαφέρει από χώρα σε χώρα: 5,2% στο Ηνωμένο Βασίλειο, 4,9% στην Ισπανία, 2,3% στη Γερμανία και 1,1% στην Ιταλία. Η χρήση κοκαΐνης ήταν υψηλότερη στους νέους, στις κοινωνικά περιθωριοποιημένες ομάδες, όπως οι άστεγοι και τα άτομα που ήταν εξαρτημένα από τα οπιούχα και βρίσκοντας σε θεραπευτικά προγράμματα. Συγκεκριμένες υποκοουλτούρες μπορεί επίσης να σχετίζονται με τη χρήση κάποιων ουσιών. Τα άτομα που ασπάζονται την κουλτούρα του ρέιβ αναφέρουν συνήθως ότι έχουν κάνει χρήση περισσότερων από δέκα ναρκωτικών ουσιών, όπως είναι το αλκοόλ, η κάνναβη, το έκστασι, τα φύλλα καπνού, το LSD, οι αμφεταμίνες και η κοκαΐνη. Η χρήση ναρκωτικών ουσιών στον ευρύτερο πληθυσμό είναι σημαντικά πιο περιορισμένη, παρόλο που το 25% περίπου του πληθυσμού αναφέρει ότι έχει δοκιμάσει παράνομες ουσίες και πιο συχνά κάνναβη, κάποια

στιγμή στη ζωή του. Μόνο το 3% του πληθυσμού που έχει κάνει χρήση ουσιών τις λαμβάνει σε ενέσιμη μορφή.

Η επίδραση των ναρκωτικών ουσιών συντελείται μέσω αλλαγών στους νευροδιαβιβαστές που βρίσκονται στα συστήματα του εγκεφάλου. Με λίγες εξαιρέσεις, όσο πιο γρήγορα δρα μια ουσία τόσο πιο εθιστική είναι. Η κοκαΐνη για παράδειγμα, αρχικά λαμβανόταν με μάσημα φύλλων κόκας. Αυτό προκαλούσε αύξηση της ενεργητικότητας και αντοχή στην κόπωση αλλά μικρή ευχαρίστηση. Πιο πρόσφατα μετατράπηκε σε σκόνη υδροχλωρικής κοκαΐνης, η οποία όταν λαμβάνεται από τη μύτη, επιδρά στον εγκέφαλο μέσα σε 4-10 λεπτά από τη λήψη της. Η κοκαΐνη σε μορφή κρακ που καπνίζεται επιδρά στον εγκέφαλο μέσα σε δευτερόλεπτα. Όλες οι μορφές κοκαΐνης θεωρούνται εξαιρετικά εθιστικές.

Δεν είναι εύκολη η κατηγοριοποίηση των προβλημάτων που προκύπτουν από τη χρήση ναρκωτικών ουσιών. Συνήθως είναι κοινωνικά, σωματικά, νομικά, διαπροσωπικά ή ψυχολογικά. Το DSM-IV TR (APA 2000) προσδιόρισε αυτούς τους παράγοντες στον ορισμό της κατάχρησης ή επιβλαβούς χρήσης ουσιών ως ένα δυσπροσαρμοστικό πρότυπο χρήσης ουσιών το οποίο οδηγεί σε κλινικά σημαντική έκπτωση ή ενόχληση, όπως εκδηλώνεται από ένα ή περισσότερα από τα ακόλουθα:

- Αποτυχία του ατόμου να ανταποκριθεί σε σημαντικές υποχρεώσεις στην εργασία, στο σχολείο ή στο σπίτι.
- Χρήση της ουσίας σε καταστάσεις που είναι σωματικά επικίνδυνες.
- Νομικά προβλήματα
- Κοινωνικά ή διαπροσωπικά προβλήματα.

Το DSM-IV-TR προσδιόρισε επίσης ένα πιο προβληματικό επίπεδο εξάρτησης: αυτό στο οποίο το άτομο εξαρτάται ψυχολογικά ή σωματικά από μια συγκεκριμένη ναρκωτική ουσία. Ο βασικός παράγοντας σε αυτή τη περίπτωση είναι η ανάπτυξη ανοχής στην ουσία η οποία μεταφράζεται στην ανάγκη του ατόμου για αυξημένες ποσότητες της ουσίας, προκειμένου να έχει το επιθυμητό αποτέλεσμα και στην εμφάνιση στερητικών συμπτωμάτων μετά τη διακοπή της. Άλλα κριτήρια είναι η κοινωνική έκπτωση, η αφιέρωση σημαντικού χρόνου και προσπάθειας για την απόκτηση της ουσίας καθώς και το ιστορικό επαναλαμβανόμενων ανεπιτυχών προσπαθειών διακοπής της χρήσης.

Μια από τις πλέον ανησυχητικές τάσεις είναι η κατάχρηση πολλαπλών ουσιών. Κατά κανόνα, η χρήση μια ουσίας αυξάνει σημαντικά την πιθανότητα το άτομο να κάνει χρήση και κάποιας άλλης. Κάποιες ναρκωτικές ουσίες συνδυάζονται ηθελημένα, προκειμένου να

παράγουν το επιθυμητό αποτέλεσμα (π.χ. το speedball, ένας συνδυασμός ηρωίνης και κοκαΐνης).

## Αιτιολογία

Η συνδυασμένη επίδραση των γονιδίων και του ατομικού βιολογικού υποστρώματος, του περιβάλλοντος του ατόμου και της ίδιας της ουσίας οδηγεί στις διαταραχές χρήσης ουσιών. Κανένας παράγοντας δεν καθορίζει μόνος του αν ένα άτομο θα αναπτύξει εξάρτηση από ουσίες.

Κάποιοι χρήστες ουσιών φαίνεται να έχουν μια κληρονομική ευαλωτότητα στην κατάχρηση ουσιών. Η έρευνα δείχνει ότι η εξάρτηση από συγκεκριμένες ουσίες (π.χ. καπνός, ναρκωτικά, αλκοόλ) είναι οικογενής. Υιοθετημένα άτομα των οποίων οι βιολογικοί γονείς έκαναν κατάχρηση ουσιών εμφανίζουν αυξημένη πιθανότητα χρήσης ουσιών, μολονότι ανατράφηκαν σε οικογενειακό περιβάλλον ελεύθερο ουσιών. Οι γενετικοί παράγοντες εκτιμάται ότι συμβάλλουν στο 40-60% του κινδύνου για εξάρτηση.

Μολονότι δεν υπάρχει ένα συγκεκριμένο πρότυπο προσωπικότητας που να συνδέεται με την κατάχρηση ουσιών, η συχνότητα των διαταραχών προσωπικότητας είναι πολύ υψηλή μεταξύ των ατόμων που κάνουν κατάχρηση ουσιών. Η αντικοινωνική και η μεταιχμιακή ή οριακή διαταραχή προσωπικότητας φαίνεται να προδιαθέτουν στην χρήση ουσιών. Τα ναρκισσιστικά χαρακτηριστικά προσωπικότητας έχουν αναγνωριστεί ως πιθανός παράγοντας κινδύνου σε χρήστες κοκαΐνης. Άλλα ψυχολογικά χαρακτηριστικά που έχουν διαπιστωθεί σε χρήστες ουσιών είναι η εχθρικότητα, η μειωμένη ανοχή στη ματαίωση, η ανελαστικότητα, η χαμηλή προσαρμοστικότητα και η χαμηλή αυτοεκτίμηση. Αρκετές προοπτικές μελέτες έχουν δείξει ότι πολλά από αυτά τα χαρακτηριστικά (π.χ. επιθετικότητα και επαναστατικότητα κατά την παιδική ηλικία) προηγούνται και προβλέπουν τη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών.

Άλλες γενικές παθολογικές και ψυχιατρικές διαταραχές έχουν συνδεθεί με την κατάχρηση ουσιών, όπως ο χρόνιος πόνος, οι αγχώδεις διαταραχές και η κατάθλιψη. Πολλοί ασθενείς που βιώνουν σωματικό ή ψυχικό πόνο συχνά επιζητούν ανακούφιση μέσα από το αλκοόλ ή άλλες ουσίες και φάρμακα και βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο για κατάχρηση ή εξάρτηση.

Η έρευνα έχει αρχίσει να προσδιορίζει το νευροβιολογικό υπόστρωμα της κατάχρησης και εξάρτησης. Οι ντοπαμινεργικές οδοί που αποτελούν μέρος του συστήματος ανταμοιβής στο κεντρικό νευρικό σύστημα έχουν εντοπιστεί στην περιοχή της κοιλιακής καλύπτρας στον πρόσθιο εγκέφαλο και στην επικλινή πυρήνα. Όλες οι ουσίες που οδηγούν σε κατάχρηση φαίνεται να στοχεύουν το σύστημα ανταμοιβής του εγκεφάλου αυξάνοντας τα επίπεδα ντοπαμίνης σε αυτό. Η ντοπαμίνη παράλληλα ευοδώνει την εξαρτημένη μάθηση, εμπλέκοντας έτσι και τα κυκλώματα μνήμης. Η σύνδεση των ευχάριστων εμπειριών που προκαλούνται από τις ουσίες στο κεντρικό νευρικό σύστημα έχει ως αποτέλεσμα, πιθανώς, μια ισχυρή εξαρτημένη μάθηση. Αυτό πιθανώς εξηγεί την αυξημένη ευχαρίστηση που αναφέρουν οι χρήστες ουσιών, η οποία οδηγεί στην καταναγκαστική χρήση των ουσιών.

Οι φαρμακολογικές ιδιότητες της ίδιας της ουσίας μπορεί να συμβάλλουν στην κατάχρηση. Κάποιοι παράγοντες (π.χ. οπιοειδή, κατασταλτικά, υπνωτικά, αγχολυτικά) μπορούν να προσφέρουν ταχεία ανακούφιση από το άγχος. Τα ψυχοδιεγερτικά γενικά ανακουφίζουν την ανία και την κόπωση και προσφέρουν μια αίσθηση ενεργητικότητας και αυξημένης ψυχονοητικής εγρήγορσης. Τα ψευδαισθησιογόνα προσφέρουν μια παροδική απόδραση από την πραγματικότητα. Όλες αυτές οι ιδιότητες των ουσιών συμβάλλουν στην κατάχρησή τους. Οι ουσίες που δεν προσφέρουν ευχαρίστηση στον χρήστη (π.χ. χλωροπρομαζίνη, αλοπεριδόλη) σπάνια γίνονται αντικείμενο κατάχρησης. Σε γενικές γραμμές, προτιμώνται ουσίες με ταχεία έναρξη και μικρότερη διάρκεια δράσης (π.χ. ηρωίνη, κοκαΐνη). Συχνά οι χρήστες αναζητούν μεθόδους λήψης των ουσιών που διευκολύνουν την ταχεία έναρξη της δράσης του – όπως για παράδειγμα είναι η ενδορρινική, το κάπνισμα ή η ενδοφλέβια λήψη – προκειμένου να επιτύχουν ένα γρήγορο αποτέλεσμα. Η ανοχή και τα συμπτώματα στέρησης επίσης συμβάλλουν στην κατάχρηση. Οι χρήστες αντιλαμβάνονται σύντομα ότι χρειάζονται όλο και μεγαλύτερες ποσότητες από κάποιες ουσίες, προκειμένου να επιτευχθεί το ίδιο αποτέλεσμα και ότι η ίδια η ουσία μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την αποφυγή των δυσάρεστων συμπτωμάτων στέρησης.

Οι κοινωνικές και οικογενειακές αξίες επηρεάζουν την χρήση παράνομων ουσιών. Όταν οι γονείς καπνίζουν τσιγάρα, πίνουν αλκοολούχα ποτά ή χρησιμοποιούν άλλες ουσίες, τότε τα παιδιά τους είναι περισσότερο ευάλωτα στη χρήση των ουσιών αυτών, ίσως λαμβάνονται το λανθάνον μήνυμα ότι η χρήση είναι κοινωνικά αποδεκτή. Τα άτομα που οι φίλοι τους κάνουν χρήση ουσιών είναι πιθανότερο να κάνουν χρήση ουσιών και τα ίδια, γεγονός που υποδηλώνει ότι το περιβάλλον, των συνομηλίκων επηρεάζει τις επιλογές του ατόμου. Η ευαλωτότητα στην επιρροή των συνομηλίκων έχει συνδεθεί με την έλλειψη στενού δεσμού του ατόμου με τους γονείς του, με το να περνά το άτομο πολύ χρόνο εκτός

σπιτιού και με το να επαφίεται πολύ περισσότερο στους φίλους και συνομηλίκους του παρά στους γονείς.

## Βιολογικές θεωρήσεις της εξάρτησης

Μελέτες σε υιοθετημένα παιδιά έδειξαν ότι η κατάχρηση ψυχοδραστικών ουσιών σχετιζόταν με την κατάχρηση ουσιών από τους βιολογικούς γονείς, παρόλο που τα παιδιά αυτά μεγάλωναν σε διαφορετικό περιβάλλον. Γονιδιακή ωστόσο απομόνωση δεν υπάρχει ώστε να αποδεικνύεται η γραμμική σύνδεση με την εγκαθίδρυση της εξάρτησης. Όμως, οι μελετητές θεωρούν ότι διαθέτουν αρκετές ενδείξεις που τους επιτρέπουν να υποθέτουν πως αυξάνονται οι πιθανότητες να εμπλακεί κάποιος με τις ουσίες όταν οι βιολογικοί του γονείς είχαν επίσης πρόβλημα κατάχρησης. Το κοινωνικό περιβάλλον είναι εκείνο που έρχεται να ενισχύσει ή να περιορίσει αυτή την προδιάθεση για κατάχρηση ουσιών. Καθώς φαίνεται ότι οι γενετικοί παράγοντες παίζουν σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση προβληματικής χρήσης και εξάρτησης από το αλκοόλ νομιμοποιείται η υπόθεση ότι παίζουν επίσης σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση της κατάχρησης άλλων ουσιών. Το ποσοστό παράλληλης εμφάνισης αλκοολισμού και εξάρτησης από ψυχοδραστικές ουσίες είναι ιδιαίτερος υψηλό. Ποσοστά που κυμαίνεται από 30% ως το 51% των εξαρτημένων από ψυχοδραστικές ουσίες κάνουν παράλληλη κατάχρηση αλκοόλ ή είναι εξαρτημένοι από αυτό, ενώ συγγενείς αλκοολικών έχουν συχνά προβλήματα 13 κατάχρησης άλλων ουσιών ή και το αντίθετο (Mirin et al., 1991),

Ο Miller και οι συνεργάτες του (1989a, 1989b) αναφέρουν ότι οι μισοί εξαρτημένοι από ψυχοδραστικές ουσίες έχουν συγγενείς πρώτου ή δεύτερου βαθμού με διάγνωση αλκοολισμού, ενώ άλλες μελέτες δείχνουν ότι η κατάχρηση ουσιών, ο αλκοολισμός, η κατάθλιψη και η αντικοινωνική συμπεριφορά είναι ιδιαίτερα αυξημένες στα αδέλφια εξαρτημένων. Στα αδέλφια των εξαρτημένων υπάρχουν διάφορες ψυχιατρικές διαταραχές, ακόμη και όταν εκείνοι δεν εμφανίζουν τις ίδιες, που υποδεικνύουν την παρουσία διαταραχής γενετικά προσδιορισμένης. Άλλοι, πάντως, αναφέρουν ότι η συχνότητα κατάχρησης ουσιών σε συγγενείς εξαρτημένων από ουσίες είναι συχνότερη από ό,τι σε



συγγενείς εξαρτημένων από αλκοόλ επισημαίνοντας ότι η εξάρτηση σχετίζεται περισσότερο με ένα διαφορετικό γενετικό υπόστρωμα από αυτό της κατάχρησης αλκοόλ.

Έρευνες που αφορούσαν αποκλειστικά υιοθετημένα παιδιά, τα οποία είχαν αποχωριστεί τους βιολογικούς τους γονείς αμέσως μετά τη γέννησή τους, δείχνουν ότι η κατάχρηση ουσιών σχετιζόταν άμεσα με την αντικοινωνική προσωπικότητα την οποία παρουσίαζαν και οι βιολογικοί γονείς. Από την άλλη μεριά, η προβληματική χρήση αλκοόλ στους βιολογικούς γονείς συγκροτεί προγνωστικό παράγοντα για τη κατάχρηση ουσιών ακόμη και σε υιοθετημένα παιδιά που δεν είχαν αντικοινωνική προσωπικότητα. Ωστόσο, παράγοντες που σχετίζονται με το άμεσο περιβάλλον, όπως το διαζύγιο ή οι ψυχιατρικές διαταραχές στις οικογένειες υιοθεσίας επίσης συνδέθηκαν με την αυξημένη κατάχρηση ουσιών. Οι μελέτες κατέληξαν ότι οι γενετικοί δρόμοι προς την κατάχρηση ουσιών είναι δύο: ο πρώτος μέσα από βιολογικούς γονείς με αντικοινωνική προσωπικότητα και ο δεύτερος μέσα από βιολογικούς γονείς με προβλήματα αλκοόλ, οι οποίοι όμως δεν είχαν αντικοινωνική προσωπικότητα. Ωστόσο, η εξήγηση στο γιατί η επίδραση των γονέων είναι βιολογική και όχι εξωγενής δεν αποδεικνύεται επαρκής.

Ο Pickens και οι συνεργάτες του (1991) που μελέτησε διδύμους αναφέρει διαφορές στατιστικά σημαντικές αφού 63.4% των μονοζυγωτικών έναντι 43.8% των διζυγωτικών διδύμων εμφάνιζαν παράλληλα κατάχρηση αλκοόλ, ενώ προκύπτει και σύνδεση με δεδομένα που στοιχειοθετούν ομοιότητες για την κατάχρηση άλλων ουσιών Παλαιότερα, αναφέρεται ότι από τις μελέτες στα Δανικά αρχεία υιοθεσίας προκύπτει ότι οι γιοι εξαρτημένου από το αλκοόλ πατέρα έχουν τετραπλάσια πιθανότητα να αναπτύξουν εξάρτηση από ό,τι γιοι πατέρων που δεν είχαν προβλήματα με το αλκοόλ ακόμα και αν υιοθετήθηκαν και απομακρύνθηκαν από τη βιολογική τους οικογένεια αμέσως μετά τη γέννα. Παράλληλα, λίγες μελέτες αναφέρονται στη γενετική προδιάθεση που σχετίζεται αποκλειστικά με τη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών. Μια μελέτη, για παράδειγμα αναδεικνύει σημαντική αύξηση της επικράτησης εξάρτησης από ψυχοδραστικές ουσίες μεταξύ βιολογικών συγγενών σε εξαρτημένους που εισήχθησαν για θεραπεία.

Επιπλέον, άλλες μελέτες εστίασαν σε ομοιότητες στην προτεινόμενη ουσία μεταξύ μονοζυγωματικών και διζυγωματικών διδύμων υποστηρίζοντας ότι βρήκαν υψηλότερα ποσοστά μονοζυγωματικών που παρουσιάζουν κοινά χαρακτηριστικά χρήσης σε ότι αφορά την ουσία προτίμησης και τη συμπεριφορά χρήσης από ότι οι διζυγωματικοί (Διάππας, 2003). Από την άλλη μεριά οι Hill, Cloninger και Ayre (1977) υποστηρίζουν ότι η μεταφορά της εξάρτησης από οποιοδήποτε διαφέρει από τον τρόπο που φαίνεται ότι μεταφέρεται η εξάρτηση από το αλκοόλ. Στα μοντέλα εξέτασης των αιτιολογικών παραγόντων που

συνδέονται με τη νευροβιολογία εντάσσεται και η έρευνα που συνδέεται με τους νευροδιαβιβαστές και το ρόλο τους στον εγκέφαλο. Οι νευροδιαβιβαστές που συνδέθηκαν περισσότερο με την εξάρτηση είναι η ενδορφίνη, η ντοπαμίνη και η σεροτονίνη. Οι τρεις αυτοί νευροδιαβιβαστές σχετίζονται κυρίως με την ψυχική διάθεση και τη συναισθηματική κατάσταση του ατόμου. Η ανακάλυψη των ενδορφινών το 1973 προσέφερε μια πρόσθετη εξήγηση για τη λειτουργία των οπιοειδών στον οργανισμό. Οι ενδορφίνες αποτελούν ενδοπαραγόμενες ουσίες που λειτουργούν και επιδρούν όμοια με τα οπιοειδή (ηρωίνη, μορφίνη, όπιο). Έχουν ισχυρή παυσίπονη δράση πολύ ισχυρότερη από τη μορφίνη και παράγονται ως φυσικά αγχολυτικά ή αναλγητικά από τον οργανισμό. Διατυπώθηκε, έτσι η υπόθεση ότι σε ορισμένα άτομα το σύστημα των ενδορφινών δυσλειτουργεί και έτσι αυτά χρειάζονται τα οπιοειδή για να μπορέσουν να εξισορροπήσουν την ικανότητα τους στον πόνο. Η ηρωίνη και τα άλλα οπιοειδή αντικαθιστούν τις ενδορφίνες στους υποδοχείς αλλά απαιτείται πολλαπλάσια ποσότητα οπιοειδών για να υποκατασταθεί η λειτουργία των ενδορφινών στον οργανισμό. Η λήψη των οπιοειδών τεχνητά προσαρμόζει το σύστημα των νευροδιαβιβαστών σε μια νέα ισορροπία .

Η διακοπή της χρήσης, όμως, επιφέρει στο σύστημα μια αναστάτωση, γιατί μαζί με τους υποδοχείς που είχαν μπλοκαριστεί απελευθερώνονται και άλλα συστήματα, όπως το νοραδρενεργικό το οποίο συνδέεται με την αδρεναλίνη. Αυτό ο μηχανισμός αναστάτωσης είναι το στερητικό σύνδρομο. Η δράση άλλων νευροδιαβιβαστών, όπως είναι η ντοπαμίνη και η σεροτονίνη, συνδέθηκε επίσης με την αιτιολογία της εξάρτησης. Η ντοπαμίνη έχει βρεθεί ότι σχετίζεται με το σύστημα ανταμοιβής στον εγκέφαλο. Οι ψυχότροπες ουσίες επηρεάζουν το σύστημα με το οποίο η ντοπαμίνη συνδέεται και βοηθούν στην απελευθέρωση της. Η υπερβολική έκκριση ντοπαμίνης έχει βέβαια αναφερθεί και ως παράγοντας που συναντάται στη σχιζοφρένεια χωρίς, και σε αυτή την περίπτωση, να είναι ξεκάθαρος ο βαθμός της βαρύτητάς της σε σχέση με τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες. Η σεροτονίνη συνδέεται με το συναίσθημα και τη διάθεση του ατόμου καθώς και με την αντίληψη. Αδυναμία στην παραγωγή σεροτονίνης συνδέεται με κατάθλιψη, αϋπνίες, αρνητικά συναισθήματα και ανεξέλεγκτη συμπεριφορά. Ένα επιπλέον ζήτημα συνδέεται με το ότι η κατάχρηση ψυχοδραστικών ουσιών μπορεί να προξενήσει αλλαγές στον τρόπο λειτουργίας των νευροδιαβιβαστών και των αντίστοιχων υποδοχέων. Σε περιπτώσεις χρόνιας, κατάχρησης είναι δυνατόν η νευροπροσαρμογή να είναι δύσκολο ή και αδύνατο να αναστραφεί. Έτσι φαίνεται να παρέχεται θεωρητική τεκμηρίωση σχετικά με τη θέση για ανάγκη λήψης ή χορήγησης οπιούχων.

Οι μελέτες, επιπρόσθετα που εστίασαν στη διερεύνηση γονιδίου ή γονιδίων δεν κατέληξαν σε συγκεκριμένα συμπεράσματα. Όπως αναφέρει ο Πουλόπουλος (2005), τα γονίδια φαίνεται να ευθύνονται περισσότερο σε τροποποίηση που επιφέρουν στην ισορροπημένη λειτουργία των νευροδιαβιαστών που συνδέεται με την ανάπτυξη άγχους και διαταραχών του συναισθήματος που με τη σειρά τους σχετίζονται με την εξάρτηση. Υποστηρίζεται ότι δεν είναι ένα το γονίδιο που συνδέεται με αυτές τις διαταραχές αλλά ένα μικρός αριθμός σημαντικών και ένας μεγαλύτερος τροποποιημένων γονιδίων από τα οποία και εξαρτάται η ισορροπία των νευροδιαβιαστών (Πουλόπουλος, 2005).

Παρόλο που οι μελέτες φαίνεται να συγκλίνουν ότι υπάρχει μια βάση στην κληρονομική μεταφορά της εξάρτησης, και ότι κάποιοι γενετικοί παράγοντες διαμορφώνουν μια σχετική προδιάθεση φαίνεται επίσης να συμφωνούν ότι δεν υπάρχει ένα κοινός και γενικευμένος μηχανισμός για όλα τα άτομα. Επίσης, αποτελεί ένα πεδίο στο οποίο μάλλον συγκλίνει το σύνολο των μελετητών ότι η εξάρτηση και η κατάχρηση ψυχοδραστικών ουσιών είναι αποτέλεσμα της περίπλοκης αλληλεπίδρασης γενετικών, βιονευρολογικών, κοινωνικών και περιβαλλοντικών παραγόντων (Λιάππας, 2003).

## **Ψυχοκοινωνικές προσεγγίσεις της εξάρτησης**

Πολύ συχνά η έρευνα συνδέει την κατάχρηση ουσιών και την εξάρτηση με διαταραχές συναισθηματικού τύπου και με ψυχολογικές δυσλειτουργίες. Η ψυχοπαθολογία, η προσωπικότητα αλλά και η ιδιοσυγκρασία αποτελούν συστηματικά πεδία διερεύνησης που σχετίζονται με την ανάδειξη παραγόντων που συνδέονται με την εξάρτηση. Από την άλλη μεριά αυτά τα χαρακτηριστικά δεν είναι σαφές πόσο αποτελούν στοιχεία που προϋπάρχουν ή απλώς είναι νέα, παραγόμενο αποτέλεσμα δηλαδή που συνδέεται με παράγοντες του περιβάλλοντος. Με άλλα λόγια, πολλά από τα στοιχεία που η εγκληματολογική θεώρηση συνδέει με την κατάχρηση ουσιών ως αποκλίνουσα συμπεριφορά, συμπεριλαμβάνονται ως συστατικά συγκρότησης προτύπων που αποκλίνουν.

Σε πολλές μελέτες η αντικοινωνική προσωπικότητα αναφέρεται ως συχνή διάγνωση ανάμεσα στους χρήστες ουσιών, αλλά η σχέση μεταξύ χρήσης ουσιών και αντικοινωνικής προσωπικότητας δε φαίνεται να προκύπτει από μια σταθερή και σαφή αλληλοσύνδεση. Συχνά επίσης επιχειρείται η αιτιολογική σύνδεση της εξάρτησης με διάφορους ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες, οι οποίοι επιδρώντας κατά την παιδική ηλικία διαμόρφωσαν

την προσωπικότητα. Υπάρχει επίσης μια μεγάλη ποικιλία μελετών που υποστηρίζουν ότι οι ψυχοπαθολογικές διαταραχές των χρηστών, η χαμηλή τους αυτοεκτίμηση, η κακή σχολική επίδοση, το χαμηλό επίπεδο εκπαιδευτικής φιλοδοξίας για το μέλλον, η παραπτωματική συμπεριφορά φαίνεται να παίζουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη της εξάρτησης από ψυχοδραστικές ουσίες. Παραμένει ωστόσο αδιευκρίνιστο το κατά πόσο η εμφάνιση αυτών των διαταραχών προϋπάρχουν ή είναι αποτέλεσμα της χρήσης. Παράλληλα, συχνά αναφέρονται αντικοινωνικές συμπεριφορές κατά την ανάπτυξη στη διάρκεια της παιδικής ηλικίας, διαταραγμένο οικογενειακό περιβάλλον και προϋπάρχουσες συμπεριφορές κατάχρησης της ουσίας από τα γονικά πρότυπα. Άλλοι παράγοντες που εντοπίζονται από την έρευνα να συσχετίζονται με τη χρήση ουσιών είναι το άγχος, η κατάθλιψη, η ανάγκη για συναισθηματική εξάρτηση, η έλλειψη τάσης για συμμόρφωση, η συναισθηματική αστάθεια, η υποχονδρίαση, η αμυντικότητα, η επιθετικότητα, η δυσκολία ελέγχου των παρορμήσεων και η δυσκολία ανοχής της ματαίωσης. Είναι πάντως σαφές ότι οι μελέτες αυτού του τύπου δεν συμβάλλουν στην αποσαφήνιση πλαισίου αιτιολογικών μοντέλων και συγκλίνουν στην επιφύλαξη ότι τα παραπάνω χαρακτηριστικά της προσωπικότητας δε θα πρέπει να θεωρούνται a priori ως αιτιολογικοί παράγοντες για την ανάπτυξη μελλοντικής κατάχρησης ουσιών ή εξάρτησης.

Στη βάση όλων των προηγούμενων ο Λιάππας (2003) συμπεραίνει ότι οι διάφορες έρευνες που επικεντρώνονται στον τρόπο που επιδρά μια ουσία στις δυσκολίες ενός χρήστη, φαίνεται να είναι σπουδαιότερης κλινικής σημασίας από συγκριτικές περιγραφικές μελέτες χαρακτηριστικών της προσωπικότητας σε ομάδες χρηστών και ομάδες ελέγχου. Για πολλούς μελετητές επίσης η εξαρτητική συμπεριφορά έχει τις ρίζες της στα παιδικά τραύματα και ιδιαίτερα στις περιπτώσεις όπου το παιδί εκτίθεται σε ασυνήθιστα νοσηρές καταστάσεις βίας, σεξουαλικής κακοποίησης, εγκατάλειψης, σκληρότητας, ψεύδους και προδοσίας.

Οι καταστάσεις αυτές συνδέονται στην εφηβεία και στην ενήλικη ζωή με έντονες συναισθηματικές εσωτερικές συγκρούσεις και άγχος. Μπορεί, μάλιστα, να οδηγήσουν σε αμφισβήτηση ακόμη και της αξίας του ίδιου του ατόμου και της ανθρώπινης ζωής. Τέτοια γεγονότα γεννούν επίσης εχθρότητα απέναντι σε κάθε μορφή εξουσίας, τάσεις επαναστατικότητας και περιφρόνησης των άλλων και του εαυτού, σκληρότητα.

Πολλοί μελετητές αναφέρονται στην άποψη ότι η σωματική και η σεξουαλική κακοποίηση κατά την παιδική ηλικία σχετίζονται άμεσα με την εξάρτηση από ψυχότροπες ουσίες στην εφηβεία. Ο Clark και οι συνεργάτες του (1997) έδειξαν ότι έφηβοι με πρόβλημα κατάχρησης αλκοόλ είχαν υποστεί σωματική κακοποίηση σε ποσοστό που έφτανε στο 32% για τις γυναίκες και 39% για τους άνδρες, ενώ τα αντίστοιχα ποσοστά σε μια ομάδα μη

χρηστών ήταν 5% για τις γυναίκες και 3% για τους άνδρες. Παρόμοια στοιχεία προέκυψαν και από άλλες έρευνες, όπου διαπιστώθηκε ότι τα περιστατικά σεξουαλικής και σωματικής κακοποίησης μεταξύ των ατόμων που είχαν πρόβλημα κατάχρησης ουσιών ήταν από 2 έως και 5 φορές περισσότερα από ό,τι για τα άτομα που δεν αντιμετώπιζαν πρόβλημα εξάρτησης (Clark et al., 1997).

Ποιοτική μελέτη που αφορούσε γυναίκες με προβλήματα κατάχρησης ουσιών στην Ελλάδα και βασιζόταν στην ανάλυση των βιογραφιών τους έδειξε ότι 20% των 16 γυναικών έκαναν χρήση μαζί με κάποιο μέλος της οικογένειας, ενώ το 80% εγκατέλειψε την οικογένεια σε ηλικία 14-18 ετών, έχοντας ήδη υποστεί σεξουαλική κακοποίηση. Στο πλαίσιο της ψυχαναλυτικής προσέγγισης η εξάρτηση συνδέεται με την προϋπόθεση σοβαρής διαταραχής στην πρώιμη αναπτυξιακή φάση και η χρήση ουσιών εξηγείται βάσει των αντικειμενοτρόπων σχέσεων (object relations) σύμφωνα με τις οποίες η ουσία βιώνεται συμβολικά από το χρήστη ως το πρωταρχικό μητρικό αντικείμενο και έτσι αντικαθιστά τις λειτουργίες που συνήθως αποδίδονται στη μητρική φιγούρα. Ο χρήστης επομένως σχετίζεται με την ουσία βάσει της διαταραγμένης σχέσης που είχε με τη μητρική φιγούρα, και μεγαλώνοντας «λαχταρά να ενωθεί με το ιδανικό του αντικείμενο, ενώ ταυτόχρονα το φοβάται πολύ».

Μια άλλη παραλλαγή υποστηρίζει ότι οι χρήστες ψυχοτρόπων ουσιών χαρακτηρίζονται από διαταραγμένες συναισθηματικές λειτουργίες που ορίζεται ως «αλεξιθυμία», ως δηλαδή ελλειμματική αναγνώριση της γνωστικής διάστασης των συναισθημάτων. Έτσι οι αλεξιθυμικοί βιώνουν ως συνολικές σωματικές καταστάσεις και εντάσεις επιμέρους ανεξάρτητα συναισθήματα όπως στενοχώρια, θυμός, χαρά, αντί να τα βιώνουν ως διαφορετικούς αξιοποιήσιμους οδηγούς για την κατανόηση του εαυτού τους. Με τον ίδιο τρόπο οι εξαρτημένοι βιώνουν τα συναισθήματα τους ως καταστάσεις συναισθηματικής διέγερσης αποτελώντας πηγή άγχους το οποίο προσπαθούν να αποβάλουν με την κατάχρηση ουσιών. Άλλοι αναλυτές υποστηρίζουν ότι η κατάχρηση ουσιών ανήκει στο φάσμα των συμπεριφορών εξάρτησης στο οποίο περιλαμβάνονται οι διαταραχές της διατροφής και οι σχέσεις εξάρτησης, οι οποίες δεν είναι τίποτα άλλο από ψυχοσωματικές διαταραχές. Άλλοι μελετητές παίρνοντας αποστάσεις από τις ψυχαναλυτικού τύπου προσεγγίσεις που δέχθηκαν σημαντική κριτική εξαιτίας κυρίως της απαισιοδοξίας με την οποία περιβάλλουν την παρέμβαση στην εξάρτηση, υποστηρίζουν ότι η χρήση ουσιών συνδέεται με την αναζήτηση νέων εμπειριών ιδιαίτερα κατά την εφηβεία, και με την ανάγκη του εφήβου για έντονη συγκινησιακή φόρτιση και ερεθίσματα που συμβάλλουν στη διαμόρφωση της ταυτότητας του. Άλλοι ερευνητές, επίσης, επικεντρώνονται στην

ιδιοσυγκρασία (temperament), η οποία αποτελεί σύνθεση ψυχολογικών χαρακτηριστικών, νοητική υπόσταση και συγκεκριμένης προσωπικότητας.

Ο Kaminer (1994) υποστηρίζει ότι η ιδιοσυγκρασία σχετίζεται με τα βασικά ψυχολογικά χαρακτηριστικά που συναντώνται κατά τη βρεφική ηλικία και στα οποία βασίζεται η ανάπτυξη της προσωπικότητας και της συμπεριφοράς κάθε ατόμου συνδεδεμένη με γενετικούς παράγοντες, στους οποίους σύμφωνα με κάποιους μελετητές οφείλεται το 40% έως 60% της προσωπικότητας του ατόμου και σε επιδράσεις που δέχεται το άτομο στην πρώιμη παιδική ηλικία. Τα χαρακτηριστικά της ιδιοσυγκρασίας εμφανίζουν σχετική σταθερότητα στο χρόνο και τις συνθήκες, ωστόσο είναι σαφές ότι δεν μένουν ανεπηρέαστα από κοινωνικούς και περιβαλλοντολογικούς παράγοντες.

Μελέτες αποδίδουν σε έφηβους που κάνουν κατάχρηση ουσιών συμπτώματα συνδρόμου της «δύσκολης ιδιοσυγκρασίας» (κακή διάθεση, δυσκολίες προσαρμογής σε νέες καταστάσεις, έλλειψη συγκέντρωσης, έντονες συναισθηματικές μεταπτώσεις, αντιδράσεις σε ερεθίσματα και ανωμαλίες σε βασικές βιολογικές λειτουργίες όπως είναι η διατροφή και ο ύπνος) και τα συνδέουν με υψηλότερη πιθανότητα μελλοντικής εξάρτησης, όπως επίσης, η υπερκινητικότητα και η ελλειμματική προσοχή στην παιδική ηλικία έχουν συνδεθεί με την κατάχρηση ουσιών στην εφηβεία.

Σε άλλες μελέτες δίνεται έμφαση στη συσχέτιση μεταξύ της ψυχολογικής πίεσης και της χρήσης ουσιών, και υποστηρίζουν ότι ο βαθμός ψυχολογικής πίεσης εξαρτάται από τα ίδια τα άτομα. Κατά τις έρευνες αυτές πολλά άτομα θεωρούν ότι η χρήση βοηθά στη μείωση της ψυχολογικής πίεσης και έτσι κάνουν κατάχρηση αλκοόλ και άλλων ψυχότροπων ουσιών. Είναι πάντως σημαντικές οι διαφορές από άτομο σε άτομο ενώ παραμένει επίσης αδιευκρίνιστο το κατά πόσο η ψυχολογική πίεση έχει επίδραση στην ίδια τη συμπεριφορά χρήσης. Ένα μοντέλο που επιχειρεί να αποσαφηνίσει τη σχέση ανάμεσα στην ψυχολογική πίεση, την ικανότητα αντίστασης και τις άλλες παραμέτρους της προσωπικότητας σε σχέση με τη χρήση αλκοόλ και άλλων ουσιών στην εφηβεία είναι αυτό της κοινωνικής ψυχολογικής πίεσης που δίνει έμφαση σε ατομικούς και οικογενειακούς παράγοντες, στις στρατηγικές αντιμετώπισης της πίεσης και σε ευρύτερους κοινωνικούς παράγοντες που επηρεάζουν τη συμπεριφορά των εφήβων.

Στη βάση αυτή, το οικογενειακό περιβάλλον η αλληλεπίδρασή του με το φιλικό κοινωνικό δίκτυο, όπου επενεργούν περιβαλλοντικοί, οικογενειακοί, κοινωνικοί και γνωστικοί παράγοντες διαμορφώνουν την έννοια της αυτοαποτελεσματικότητας και συνθέτουν ένα – σε κάθε περίπτωση επισφαλές - προγνωστικό πλαίσιο για τη μελλοντική συμπεριφορά. Η αυτοαποτελεσματικότητα πάντως επισημαίνεται ότι επιδρά σε πολλές

μορφές της συμπεριφοράς, συμπεριλαμβανομένης και της αλλαγής της συμπεριφοράς, της απόρριψης μιας υιοθετημένης συμπεριφοράς ή της επιτρεπτικότητας άλλης

Σχετιζόμενη με την πεποίθηση του ατόμου ότι διαθέτει τις απαραίτητες ικανότητες και μπορεί να αλλάξει μια βλαπτική για το ίδιο συμπεριφορά, η αυτοαποτελεσματικότητα παίρνει ιδιαίτερη αξία στην οργάνωση στρατηγικών πρόληψης της χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών αλλά και την απεξάρτηση και τη συντήρηση της αποχής από τη χρήση και την πρόληψη της υποτροπής.

Ο βαθμός αυτοαποτελεσματικότητας επιδρά στις επιλογές των ατόμων, στην προσπάθεια που καταβάλλουν για κάθε εργασία, στο χρόνο που διαθέτουν για να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα που προκύπτουν και στις συναισθηματικές τους αντιδράσεις, ενώ οι προσδοκίες αυτοαποτελεσματικότητας διαφέρουν ως προς το βάθος, το βάρος και τη γενίκευση. Ο ρόλος που οι σημαντικοί άλλοι διαδραματίζουν καθώς και η διαδικασία κοινωνικής ένταξης αποτελούν σημαντικούς παράγοντες που συσχετίζονται με τη χρήση ουσιών. Ο βαθμός με τον οποίο ο έφηβος τείνει να συμφωνήσει ή να διαφωνήσει με τη γνώμη αυτών των προσώπων διαμορφώνει ένα πλαίσιο συμμόρφωσης του ή μη με μια αντίληψη που φαίνεται να κυριαρχεί στο κοινωνικό περιβάλλον

Παράλληλα διαμορφώνεται ο βαθμός αντίστασής του στις απόψεις της ομάδας των συνομηλίκων σε σχέση με τις ουσίες που μπορεί να επηρεάσει την απόφασή του να κάνει χρήση ουσιών. Όπως προαναφέρθηκε ο τρόπος με το οποίο επιχειρείται η ερμηνεία της κατάχρησης ουσιών και της εξάρτησης συγγέεται συχνά με μια αντίληψη που ταυτίζει οποιουδήποτε χρήση ουσίας που είναι εκτός αποδεκτού πλαισίου, ακόμα δηλαδή και νομίμων ουσιών ως πράξη ή συμπεριφορά μη αποδεκτή και ως τέτοια, αντικείμενο του κοινωνικού ελέγχου. Πολλές θεωρίες για την αποκλίνουσα συμπεριφορά περιλαμβάνουν την χρήση και την κατάχρηση ουσιών ως συμπεριφορά που προσπαθούν να εξηγήσουν μέσα από ένα πλέγμα κοινωνικών παραγόντων που την ορίζουν.

Ο Thio (2003) αναφέρει ότι κυρίως οι θετικιστικές προσεγγίσεις στις οποίες εντάσσει τη θεωρία του κοινωνικού ελέγχου τη θεωρία του διαφορικού συγχρωτισμού, τη θεωρία της κοινωνικής μάθησης, τη θεωρία της παρεκκλίνουσας ευκαιρίας και τη θεωρία της παρεκκλίνουσας υποκοουλτούρας αποτέλεσαν συχνά ένα υποστηρικτικό μοντέλο κατανόησης της κατάχρησης ουσιών ως παρέκκλιση και προτείνει σε σύνθεση τα παρακάτω ως περισσότερο χρήσιμες μεταβλητές για την ερμηνεία της χρήσης: απουσία δεσμών με συμβατικά άτομα και θεσμούς, σχέσεις με σημαντικούς άλλους που κάνουν χρήση,

συμμετοχή σε υποκοουλτούρα ή ομάδα που είναι προσανατολισμένη στη χρήση, η συνάντηση με τη χρήση ουσιών σε νεαρή ηλικία και η φτώχεια.

Τα κίνητρα που οδηγούν στη χρήση ουσιών κάποιο άτομο παθολογικοποιούνται και αποκτούν ένα συγκεκριμένο απορριπτικό κοινωνικό νόημα που συνδέεται με τρία τουλάχιστον στερεότυπα: το ιατρικό, όπου η εξάρτηση ταξινομείται ως αυτόνομη νοσηρή οντότητα, το ηθικό, που συνδέεται με την εξασθένηση και τη συνολική έκπτωση της προσωπικότητας και το πολιτισμικό, ως έκφραση αμφισβήτησης συμβατικών αξιών. Στο πλαίσιο αυτό ορίζεται και η θεσμική διαχείριση της χρήσης, πριν ακόμα από την κατάχρηση ουσιών, με πρόσχημα τη λειτουργία της ως προληπτική διαδικασία για την αποφυγή της εξάρτησης. Αν και η διαδικασία για να καταλήξει ένα άτομο στο να είναι συστηματικός χρήστης μιας ουσίας περνά από διάφορα στάδια και πολύ συχνά δεν μένει μόνον στην ουσία με την οποία ξεκίνησε την εμπειρία της χρήσης, εκείνο που αποτελεί το βασικό στοιχείο που επιτρέπει την εντατικοποίηση του κοινωνικού ελέγχου στη χρήση ουσιών με διάφορες εκφάνσεις στην έκφρασή του συνδέεται με μια δύναμη συνολική αποδόμηση της κοινωνικής ζωής που η εξάρτηση φαίνεται να συνδέεται.

Η δυναμική αυτή περιγράφεται από τον Becker (1973) σε τρία στάδια με αφορμή την εξέταση της μαριχουάνας αλλά έχει εφαρμογή και για το σύνολο περίπου των ουσιών, που αποτελούν μια μαθησιακή διαδικασία: αρχικά μαθαίνει την τεχνική της χρήσης για να έχει η ουσία το ψυχοενεργό της αποτέλεσμα· ακολούθως, μαθαίνει να αναγνωρίζει το σύμπτωμα ή τα συμπτώματα που προκαλούνται από την ουσία και να τα συνδέει αιτιολογικά με τη χρήση της και τέλος μαθαίνει να απολαμβάνει την επίδραση που έχει η ουσία στον οργανισμό. Αυτή η διαδικασία που, βεβαίως, διαφέρει σχηματικά ανάμεσα στις ουσίες δεδομένης της διαφορετικής ψυχοδραστικής της υπόστασης είναι προφανώς στοιχείο που ανατρέπει τη διαμορφωμένη αντίληψη ότι οι χρήστες ουσιών είναι εξαρτημένοι, καθ' ἑξιν χρήστες που αντανακλά την πεποίθηση ενός μονοδιάστατου φαινομένου ερμηνευόμενου στατικά. Αν και η κοινωνική αντίδραση στις ουσίες και τη χρήση τους αντανακλά συνισταμένες που συγκροτούν στοιχεία πολιτισμικά και ιστορικά και αφορούν το χρόνο και τον τόπο όπου υιοθετούνται διαφορετικές ανοχές ή αντιδράσεις, μια μάλλον συστηματική σταθερά μη αποδοχής συνδέεται με την απώλεια ελέγχου. Αυτή η απώλεια ελέγχου αφορά και τη χρήση νομίμων ουσιών. Σε γενικές γραμμές η χρήση ψυχοδραστικών ουσιών φαίνεται να προκαλεί τη κοινωνική αντίδραση από τη στιγμή που αρχίζει να αποτελεί μια προβληματική συμπεριφορά η οποία εύκολα στιγματίζεται και προκαλεί την ενεργοποίηση των μηχανισμών της κοινωνικής αντίδρασης.



## Προβλήματα που συνδέονται με τη χρήση ουσιών

Όλο και περισσότερο, πλέον, εδραιώνεται η πεποίθηση ότι οι εξαρτημένοι, εκτός από το πρόβλημα της εξάρτησης που συνδέεται με τη εμπέδωση συγκεκριμένου μοντέλου σχετικά με τη χρήση που υιοθετούν, συχνά παρουσιάζουν και σημαντικές δυσλειτουργίες σε άλλους τομείς της προσωπικής και κοινωνικής τους ζωής. Η κατάχρηση ψυχοδραστικής ή ψυχοδραστικών ουσιών και το στάδιο που βρίσκονται ως προς την έκταση και τη βαρύτητα της χρήσης επηρεάζουν στις περισσότερες των περιπτώσεων και τα πεδία της επαγγελματικής απασχόλησης, της συνέχισης της εκπαιδευτικής διαδικασίας, της σωματικής υγείας, των οικογενειακών και κοινωνικών σχέσεων, της νομικής εμπλοκής με τον ποινικό νόμο καθώς βέβαια και της ψυχολογικής κατάστασης. Φαίνεται ότι σπάνια η κατάχρηση ουσιών ή εξάρτηση αποτελεί μια αποσπασματική και μοναδική δυσλειτουργία. Άλλωστε, έχει υποστηριχθεί ότι αν η εξάρτηση από ψυχοδραστικές ουσίες δεν είχε σημαντικές αρνητικές επιπτώσεις στους άλλους τομείς της ζωής των ανθρώπων οι εξαρτημένοι δεν θα είχαν λόγο να αναγνωρίσουν ως πρόβλημα την εξαρτητική τους συμπεριφορά και να προσπαθήσουν να την αλλάξουν.

Σύμφωνα με αρκετούς ερευνητές, η σχέση μεταξύ του βαθμού σοβαρότητας της κατάχρησης ψυχοδραστικών ουσιών και την κατάσταση σε όλους τους προαναφερόμενους τομείς για το άτομο που κάνει χρήση ουσιών αποτελεί μια σημαντική παράμετρο που έχει θεωρητική, ερευνητική και κλινική σημασία. Δεδομένου ότι η εξάρτηση είναι μια δυναμική προοδευτική κατάσταση στην οποία ο εξαρτημένος εισέρχεται με την κατάχρηση της ψυχοδραστικής ουσίας αλλά, βαθμιαία, βιώνει συχνά μια γενικευμένη αποδιοργάνωση σε πολλά πεδία που αφορούν την κοινωνική του ζωή όπως η επαγγελματική του δραστηριότητα, η οικογενειακή του κατάσταση, η υγεία του και η ψυχολογική του ισορροπία, είναι σημαντικό για λόγους που συνδέονται με την υποστήριξη που θα χρειαστεί, οι ενδεχόμενες βλάβες που προκλήθηκαν στους συνδεδεμένους παραπάνω τομείς να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη. Έτσι, χρειάζεται να επανεξετασθεί ένα πλαίσιο αρχών που ορίζουν στη θεραπευτική προσέγγιση μια συστατική στρατηγική, που εστιάζει μόνον στην εξάρτηση από την ψυχοδραστική ουσία.

Συχνά, η αντιμετώπιση της προβληματικής χρήσης αποτελεί το ευκολότερο πρόβλημα που επιδέχεται λύση και η παραμέληση αντιμετώπισης των προβλημάτων στα

υπόλοιπα ζωτικά πεδία που συνδέονται με την κατάχρηση, μπορεί να αποτελέσουν παράγοντες υποτροπής. Επιπλέον, παρόλο που η κυρίαρχη λογική συνήθως επικεντρώνεται στην αντιμετώπιση των προβλημάτων που σχετίζονται με τις βιοχημικές επιπτώσεις στον οργανισμό του εξαρτημένου η θεραπευτική αντιμετώπιση όταν περιορίζεται μόνον στην αποτοξίνωση φαίνεται να έχει φτωχά αποτελέσματα στη διάρκεια του χρόνου

Στην έρευνα, επίσης, για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας είναι σημαντικό να εξετάζονται τα πεδία που προαναφέρθηκαν τόσο στο επίπεδο της αρχικής αξιολόγησης, υπό την έννοια της καταλληλότητας της προσφερόμενης υπηρεσίας, όσο και στο επίπεδο της εκτίμησης του αποτελέσματος υπό την έννοια της πρόγνωσης της διάρκειας του αποτελέσματος. Αν και, όπως προαναφέρθηκε, πολλά από τα πεδία που σχετίζονται με τη χρήση ουσιών ως πεδία στα οποία αναπτύσσεται συχνά παράλληλη προβληματικότητα, συναντώνται και ως αιτιολογικοί παράγοντες της έναρξης της χρήσης είναι σημαντικό να επισημανθεί ότι πέραν των αλλαγών που απαιτούνται στην κατάχρηση ουσιών αυτή καθαυτή, για να διατηρηθεί οποιαδήποτε θετική μεταβολή που συνδέεται με τη χρήση προϋποτίθεται και συστηματική βελτίωση των στοιχείων που συνδέονται με τα εν λόγω πεδία. Είναι, δηλαδή απαραίτητο εκτός από την αποχή από τη χρήση ουσιών παράλληλα να βελτιωθούν για παράδειγμα οι οικογενειακές σχέσεις όταν είναι διαταραγμένες, να διαμορφωθεί μια κατάσταση οικονομικής επιβίωσης που συνδέεται με την εργασιακή απασχόληση και την επαγγελματική ενσωμάτωση, να αντιμετωπισθούν με όρους κοινωνικής ένταξης ενδεχόμενα υφιστάμενα προβλήματα με το νόμο.

## **Η εργασία**

Η εργασία αποτελεί μια μεταβλητή που συσχετίζεται πολλαπλώς με τη χρήση ουσιών. Πολλοί ερευνητές συνδέουν την απασχόληση και την ανεργία με αυξημένες πιθανότητες χρήσης και κατάχρησης νομίμων και παρανόμων ουσιών τοποθετώντας σ' ένα πλαίσιο κοινωνικοοικονομικής αιτιολογίας του αποκλεισμού τη χρήση. Υπάρχουν δεδομένα που καταλήγουν στο ότι οι άνεργοι έχουν περισσότερες πιθανότητες να κάνουν χρήση ουσιών από εκείνους που εργάζονται.

Επιπλέον, πολλές μελέτες εστιάζοντας στη φτώχεια ως πεδίο συσσώρευσης πολλαπλών κοινωνικών μειονεκτημάτων επισημαίνουν ότι, πέραν του μειωμένου

εισοδήματος, υπάρχουν και άλλα στοιχεία τα οποία χρειάζεται να λαμβάνονται υπόψη. Έτσι όταν η φτώχεια εξετάζεται σε συνδυασμό με άλλα στοιχεία που τη συνοδεύουν και συνθέτουν τις συνθήκες κοινωνικού αποκλεισμού όπως, ανεργία, μειωμένη εργασία, οικονομική εξάρτηση από προνοιακούς φορείς, αποτελεί ένα σημαντικό προγνωστικό παράγοντα για παράνομη χρήση ουσιών (Boardman, Finch, Ellison, Williams και Jackson, 2001)

Παράλληλα όμως η κατάχρηση ουσιών και η εξάρτηση αποτελεί έναν σημαντικό παράγοντα για τη μείωση της απασχόλησης και την απώλεια της θέσης εργασίας. Πολύ συχνά μάλιστα, όταν η χρήση ουσιών ξεκινά σε πολύ μικρές ηλικίες ο αποκλεισμός από την αγορά εργασίας συνδέεται με τη αεργία και όχι με την ανεργία. Από τις μελέτες που υπάρχουν διαθέσιμες και αφορά τους εξαρτημένους που φθάνουν σε θεραπεία προκύπτει ότι ένα μεγάλο ποσοστό 20 βρίσκονται εκτός της αγοράς εργασίας.

Στη διαχρονική μελέτη του ΚΕΘΕΑ που αφορά αιτήσεις θεραπείας στις υπηρεσίες του τα τελευταία επτά χρόνια (2000-2007) το ποσοστό των προσερχόμενων που απευθύνονται για έναρξη της θεραπευτικής διαδικασίας και έχουν σταθερή απασχόληση κυμαίνεται από 18,1% μέχρι 22,7% (ΚΕΘΕΑ, 2007). Αντίστοιχα, στην ετήσια έκθεση του ΕΚΤΕΠΝ για την κατάσταση των ναρκωτικών και των οιοπνευματωδών στην Ελλάδα που με βάση τα στοιχεία που αφορούν το σύνολο των υπηρεσιών στην Ελλάδα όσοι απευθύνονται σε κέντρα για απεξάρτηση παρουσιάζουν για το 2005 ποσοστό σταθερής απασχόλησης που ανέρχεται στο 24%. Είναι αξιοσημείωτο, πάντως ότι αυτό το ποσοστό τόσο στα στοιχεία του ΚΕΘΕΑ που παρακολουθείται από έτος σε έτος όσο και στα στοιχεία του ΕΚΤΕΠΝ που συγκρίνονται με το έτος 2002 φαίνεται ελαφρά αυξημένο (ΕΚΤΕΠΝ, 2006).

## Η εκπαίδευση

Πολλοί υποστηρίζουν ότι η πρόωγη διακοπή του σχολείου σχετίζεται με τη χρήση ουσιών. Πολλοί από τους εξαρτημένους που απευθύνονται στις υπηρεσίες είναι πιθανό να έχουν διακόψει το σχολείο αρκετά νωρίς παρουσιάζοντας ένα χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο. Επιπλέον, πολλοί μελετητές συνδέουν με χαμηλή εκπαιδευτική επίδοση και εγκατάλειψη της σχολικής παρακολούθησης την εμπλοκή και την ανάπτυξη προβλημάτων με τη χρήση

ουσιών. Αυτό συνδέεται με το ότι οι χρήστες ουσιών σε σύγκριση με όσους δεν κάνουν χρήση χάνουν περισσότερες ώρες και ημέρες μαθημάτων (Thio, 1999).

Τα δεδομένα που υπάρχουν από την Ελλάδα συνάδουν στο ότι υπάρχει μια διαφορά στους εξαρτημένους από ότι στο γενικό πληθυσμό. Πιο συγκεκριμένα ενώ ο λόγος όσων εγκαταλείπουν την εννιάχρονη υποχρεωτική εκπαίδευση στο γενικό πληθυσμό είναι ένα προς δέκα που προσομοιάζει και στο κοινοτικό μέσο όρο, στον πληθυσμό των εξαρτημένων που έχουν ζητήσει θεραπεία στα θεραπευτικά προγράμματα είναι διπλάσιος φτάνοντας στο 1 προ πέντε. Η διαφορά μάλιστα ανάμεσα στο γενικό πληθυσμό και στον πληθυσμό των εξαρτημένων έχει και ποιοτικές παραμέτρους δεδομένου ότι η μεγάλη διαρροή μαθητών στο γενικό πληθυσμό βρίσκεται στο κατώφλι ανάμεσα στο δημοτικό και το γυμνάσιο, ενώ στον πληθυσμό των εξαρτημένων όσοι διέκοψαν την υποχρεωτική εκπαίδευση το έκαναν λίγο πριν ολοκληρώσουν το γυμνάσιο (Παπαναστασάτος, 2006).

Η μέση ηλικία όσων διακόπτουν το σχολείο είναι στα 14 περίπου έτη με τους άνδρες να έχουν περισσότερες πιθανότητες να εγκαταλείψουν πρόωρα την εκπαιδευτική διαδικασία. Οι εξαρτημένοι που έχουν τελειώσει το δημοτικό είναι περίπου το ένα πέμπτο όσων απευθύνονται στις υπηρεσίες του ΚΕΘΕΑ και το ένα τρίτο έχει ολοκληρώσει και το Λύκειο ενώ μόνον ένα ποσοστό μεταξύ 4% και 5% έχει ολοκληρώσει σπουδές στην τριτοβάθμια εκπαίδευση (ΚΕΘΕΑ, 2007).

Τα παραπάνω στοιχεία επιβεβαιώνονται και σε σύγκριση με τις αιτήσεις θεραπείας στις υπόλοιπες υπηρεσίες που λειτουργούν στην Ελλάδα (ΕΚΤΕΠΝ, 2006). Σε γενικές γραμμές επομένως ο πληθυσμός των εξαρτημένων χαρακτηρίζεται από ένα εκπαιδευτικό έλλειμμα το οποίο συμβάλλει ως συνθήκη στην επιδείνωση του κοινωνικού αποκλεισμού που ενδεχομένως βιώνει.

Αυτό το εκπαιδευτικό έλλειμμα σε συνδυασμό με τις αδύναμες επαγγελματικές δεξιότητες για τις οποίες έγινε παραπάνω αναφορά, αποτελούν σημαντικά πεδία στα οποία επικεντρώνεται τόσο το κλινικό όσο και το ερευνητικό ενδιαφέρον υπό την έννοια ότι συγκροτούν τομείς με τους οποίους αναμετράται η αποτελεσματικότητα της παρέμβασης υποστήριξης των θεραπευτικών υπηρεσιών. Η οικογένεια και οι κοινωνικές σχέσεις Η οικογένεια διαδραματίζει, επίσης, ένα σημαντικό και πολυεπίπεδο ρόλο. Έχει ήδη αναφερθεί ότι οι αρνητικές καταστάσεις που μπορεί να χαρακτηρίζουν το οικογενειακό σύστημα μπορεί να αποτελέσουν έναν παράγοντα που θα διευκολύνει τη συνάντηση των νεαρών μελών με τις παράνομες ουσίες. Οι δυσλειτουργίες της οικογένειας συνδέονται με την ανάπτυξη της αντικοινωνικής συμπεριφοράς που αποτελεί σημαντικό παράγοντα επικινδυνότητας για τη χρήση ουσιών. (Πουλόπουλος, 2005).

Παράλληλα, απόψεις φιλικές προς τη χρήση ουσιών αλλά και χρήση ουσιών από τους γονείς σχετίζονται με αυξημένες πιθανότητες χρήσης από τα παιδιά. Η δυσλειτουργική οικογένεια, από την άλλη μεριά, διαμορφώνοντας ένα χαοτικό πλαίσιο ανάπτυξης των παιδιών μπορεί να συμβάλλει στη μελλοντική χρήση ουσιών από τα παιδιά. (Πουλόπουλος, 2005).

Αρκετοί μελετητές έχουν αναφερθεί στην οικογένεια του χρήστη ουσιών περιγράφοντας την ως ένα σύστημα ανισορροπίας με μια υπερπροστετευτική μητέρα και ένα απόντα - συναισθηματικά ή φυσικά – και τη χρήση ουσιών να λειτουργεί εξισορροπιστικά και ενωτικά εκτονώνοντας δυσκολίες επικοινωνίας των μελών της (Πουλόπουλος, 2005).

Ωστόσο, η οικογένεια πέραν των προηγούμενων μπορεί να συμβάλλει ως παράγοντας κινητοποίησης για θεραπεία μετά από μια μεγάλη περίοδο αποδοχής και ανοχής του εξαρτημένου της μέλους συντηρώντας, με κάποιο τρόπο την εξαρτητική του συμπεριφορά. Είναι αξιοσημείωτο ότι εφτά στους δέκα ενήλικες εξαρτημένους που ξεκινούν τη θεραπεία τους διαμένουν με τη γονική τους οικογένεια. Παράλληλα το ένα τρίτο όσων απευθύνονται σε υπηρεσίες απεξάρτησης δηλώνουν ότι πιέστηκαν από την οικογένειά τους να το κάνουν (ΚΕΘΕΑ, 2007). Από την άλλη μεριά, η χρήση ουσιών σε μια οικογένεια αποτελεί μόνιμη πηγή καθημερινών συγκρούσεων. Η χρήση ουσιών συνδέεται με την ενδοοικογενειακή βία, με την κακοποίηση της γυναίκας στην οικογένεια, αλλά και με καταστάσεις παραμέλησης των παιδιών και των συμβατικών οικογενειακών υποχρεώσεων. Είναι πιθανό, να επηρεαστεί σε μεγάλο βαθμό η οικονομική ισορροπία στην οικογένεια εξαιτίας της κατάχρησης ουσιών. (Πουλόπουλος, 2005).

Χρειάζεται να τονισθεί, πάντως ότι πολλοί ερευνητές εντοπίζουν διαφορές στον τρόπο που η ελληνική οικογένεια, πρωτίστως, διαχειρίζεται την κατάσταση της χρήσης ουσιών. Αν και φαίνεται ότι ανάλογα χαρακτηριστικά συναντώνται και στις άλλες μεσογειακές χώρες όπου η οικογένεια νοείται να αναλαμβάνει ένα κεντρικό ρόλο στο σύνολο της κοινωνικής ζωής από ότι στις χώρες τη Δυτικής ή Βόρειας Ευρώπης, στην Ελλάδα αυτός ο δεσμός εμφανίζεται ισχυρότερος με όλες τις συνέπειες που αυτό έχει. Συγκρίνοντας το σύστημα της ελληνικής οικογένειας και τη συμπεριφορά που αναπτύσσει υπό τη συνθήκη ότι ένα μέλος της είναι εξαρτημένο, σε σχέση με ότι συνήθως συμβαίνει σε άλλες χώρες, διαφοροποιείται ως προς το ότι επί της ουσίας, με μια κατ' αρχήν εσωστρεφή αντίληψη, διατηρεί και φροντίζει στο πλαίσιο της τον εξαρτημένο και προοδευτικά μετά τη φάση του απομονωτισμού θα αναπτύξει δεξιότητες αναζήτησης βοήθειας. (Πουλόπουλος, 2005).

Στη συζήτηση αυτή δεν πρέπει να αγνοηθεί το γεγονός ότι η ευρύτερη κοινότητα μπορεί να παίζει ένα σημαντικό ρόλο πέρα από την οικογένεια στην ανάπτυξη προβλημάτων με τη χρήση ουσιών. Είναι γενικά παραδεκτό ότι η περίοδος από την εφηβεία μέχρι και την πρώιμη ενηλικίωση είναι το περισσότερο πιθανό διάστημα για τον πειραματισμό και την κλιμάκωση της κατάχρησης ουσιών με τη ν πίεση των ομότιμων να έχει ένα σημαντικό μερίδιο σε κάθε ένα από τα στάδια της κατάχρησης. Η αντίληψη της κοινότητας και η στάση που διαμορφώνει σχετικά με την ανοχή ή την αποφυγή της χρήσης επηρεάζει το νέο άτομο και τη συμπεριφορά του (Πουλόπουλος, 2005).

Η κατάχρηση ουσιών και η εξάρτηση επηρεάζει σημαντικά τον τρόπο με τον οποίο τα άτομα που κάνουν χρήση ουσιών σχετίζονται κοινωνικά. Ο Schuckit (1998) περιγράφει ένα άτομο που κάνει κατάχρηση ουσιών να συμπεριφέρεται με τρόπο επιλεκτικό ως προς την επιλογή των κοινωνικών του σχέσεων αποφεύγοντας άτομα τα οποία δεν κάνουν ανάλογη χρήση και προτιμώντας συναναστροφές που συνδέονται με όμοιες επιλογές ως προς τη συχνότητα και την ποσότητα της χρήσης. Σε γενικές γραμμές οι κοινωνικές σχέσεις περιστρέφονται γύρω από τον πυρήνα χρήση και οι δραστηριότητες τους περιλαμβάνουν επικέντρωση στην αναζήτηση, τη διαπραγμάτευση την απόκτηση, τη χρήση της ουσίας. Ο τρόπος αυτός συνδέει 22 τις κοινωνικές σχέσεις του εξαρτημένου με ένα μηχανισμό προοδευτικού κοινωνικού αποκλεισμού (Schuckit, 1998).

## Η υγεία

Οι επιπτώσεις από τη χρόνια χρήση ψυχοδραστικών ουσιών στη σωματική υγεία είναι πολλές και συχνά παραμελημένες. Το ένα τρίτο όσων φθάνουν στις υπηρεσίες θεραπείας του ΚΕΘΕΑ δεν έχουν ποτέ εξετασθεί για λοιμώδες νόσημα (ηπατίτιδες) ή για μόλυνση από HIV (ΚΕΘΕΑ, 2007).

Σε γενικές όμως γραμμές ο πληθυσμός των χρηστών ψυχοδραστικών ουσιών παρουσιάζει υψηλά ποσοστά μολύνσεων κυρίως από ηπατίτιδα C (HCV). Συγκεκριμένα και ενώ στο γενικό πληθυσμό η ενδημικότητα του HCV είναι περίπου στο 2% με διαφορές ανάμεσα στο γεωγραφικό διαμέρισμα και με μια σχετική αβεβαιότητα δεδομένου ότι πολλοί φορείς είναι συμπτωματικοί,, στον πληθυσμό των χρηστών αυτό το ποσοστό είναι από 43,3% μέχρι και 78,7% και φαίνεται εναρμονισμένο με τα αντίστοιχα ποσοστά που

συναντώνται στην υπόλοιπη Ευρώπη μεταξύ των χρηστών ψυχοδραστικών ουσιών που κυμαίνεται από 30% μέχρι 70% (ΕΚΤΕΠΝ, 2006).

Δεδομένου ότι ο τρόπος μετάδοσης του ιού είναι παρεντερικός, όπου η χρήση με μολυσμένη σύριγγα είναι παράγοντας επικινδυνότητας, τα ποσοστά μόλυνσης από HCV συσχετίζονται με την ηλικία, όσο δηλαδή μεγαλύτερης ηλικίας είναι ο χρήστης τόσο πιθανότερο είναι να προσβληθεί. Χρειάζεται να σημειωθεί ότι η θεραπευτική αντιμετώπιση της νόσου, όταν εκδηλωθεί, είναι αβέβαιη μέχρι σήμερα και οι πιθανότητες ανάπτυξης χρόνιας νόσου και κίρρωσης του ήπατος είναι μεγάλες, καθιστώντας τη μόλυνση από HCV σε μείζον θέμα δημόσιας υγείας. Παρόλο που η μόλυνση από HCV φαίνεται να ακολουθεί τα χαρακτηριστικά της ευρωπαϊκής εμπειρίας, δεν συμβαίνει το ίδιο με την ηπατίτιδα Β (HBV, HbsAg, Anti HBc και ABs). Ενώ στη Ευρώπη ο επιπολασμός του ιού βρίσκεται περίπου στο 30 % του πληθυσμού των χρηστών που κάνουν ενδοφλέβια χρήση και σε κάποιες περιπτώσεις έχει ξεπεράσει το 60%, στην Ελλάδα και στον αντίστοιχο πληθυσμό δεν ξεπερνά το μέσο δείκτη επιπολασμού που παρατηρείται στο γενικό πληθυσμό και είναι περίπου στο 3% εκτός από ένα μόνον θεραπευτικό πρόγραμμα όπου καταγράφεται για λόγους ανεξήγητους ένα ποσοστό που αγγίζει το 9% (ΕΚΤΕΠΝ, 2006).

Η μόλυνση από τον ιό του AIDS/HIV στην Ελλάδα βρίσκεται σχετικά σε χαμηλά επίπεδα σε σχέση με την υπόλοιπη Ευρώπη. Τα οροθετικά άτομα που έχουν καταγραφεί στην Ελλάδα ανέρχονται σύμφωνα με τα στοιχεία που έχει το κέντρο Ελέγχου Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕΕΛΠΝΟ) σε 7.718 άτομα από τα οποία ως χρήστες ενδοφλεβίως ψυχοδραστικών ουσιών εμφανίζεται ένα ποσοστό 3,6%. Ανάλογο είναι και το ποσοστό των χρηστών που αναλογούν στις νέες περιπτώσεις (3,4%) που καταγράφηκαν το 2005 (ΕΚΤΕΠΝ, 2006). Είναι αξιοσημείωτο και γενικά ανεξήγητο το χαμηλό ποσοστό των ατόμων που κάνουν ενδοφλέβια χρήση και έχουν μολυνθεί στην Ελλάδα από τον HIV σε σύγκριση με άλλες χώρες όπου φτάνει και το 25% (στις ΗΠΑ). Μάλιστα ενώ η γενική τάση που καταγράφεται είναι να έχει μειωθεί ο ρυθμός αύξησης της μόλυνσης σε διάφορες άλλες υποομάδες και να αυξάνει στην ομάδα των χρηστών που κάνουν ενδοφλέβια χρήση ανάλογη τάση δεν έχει παρατηρηθεί στην Ελλάδα.

Οι μολυσματικές πάντως ασθένειες δεν είναι οι μόνες από τις οποίες κινδυνεύουν οι χρήστες ουσιών. Είναι πολλές οι μελέτες που συνδέουν τη κατάχρηση ουσιών με μεγαλύτερες πιθανότητες ατυχήματος αλλά και σημαντικά άλλα προβλήματα που σχετίζονται με την χρήση ουσιών όπως σημαντικά οδοντιατρικά προβλήματα, δερματικές μολύνσεις και οιδήματα που σχετίζονται με κακή χρήση της σύριγγας αλλά και σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες ιδιαίτερα σε γυναίκες που εκδίδονται και κάνουν χρήση ουσιών,

υψηλούς δείκτες θνησιμότητας που σχετίζονται άμεσα αλλά και έμμεσα με τη χρήση ουσιών καθώς και σημαντικά προβλήματα με γεννήσεις βρεφών που έχουν το σύνδρομο βρεφικού αλκοολισμού (Fetal Alcohol Syndrome) ή του συνδρόμου αποχής του νεογέννητου (Neonatal Abstinence 23 Syndrome) εξαιτίας του εθισμού και της χρήσης της μητέρας.

Πολλές όμως από αυτές τις ασθένειες υποτιμούνται και παραμελούνται και μόνον μετά από την πρώτη επαφή με τα θεραπευτικά προγράμματα απεξάρτησης αποκαλύπτονται και εντάσσονται σ' ένα προγραμματισμό αντιμετώπισης και φροντίδας. Αυτό άλλωστε είναι και ο λόγος που πολλά θεραπευτικά προγράμματα έχουν αναπτύξει και λειτουργούν υγειονομικές υπηρεσίες διάγνωσης και φροντίδας όπως επίσης συνεργάζονται με τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας για την αντιμετώπιση επειγόντων, χρόνιων ή και εκτάκτων περιστατικών (ΕΚΤΕΠΝ 2006).

Συμπερασματικά οι χρήστες ουσιών είναι πολύ πιθανό να παρουσιάζουν μια μάλλον επιβαρημένη εικόνα σχετικά με τη σωματική τους υγεία η οποία συσχετίζεται με τη χρήση ουσιών που κάνουν και τα θεραπευτικά προγράμματα οφείλουν να διαμορφώνουν συστηματική αξιολόγηση των αναγκών ιατρικής φροντίδας και να φροντίζουν για την αποτελεσματική αντιμετώπιση αυτών των προβλημάτων. Πολλές φορές αυτό χρειάζεται να γίνεται κάτω από ιδιαίτερες διαδικασίες που απαιτούν θεσμικές διευθετήσεις, δεδομένου ότι πολλοί από τους χρήστες όπως προαναφέρθηκε επειδή βρίσκονται εκτός εργασιακής δραστηριότητας δεν διαθέτουν τη δυνατότητα χρήσης υπηρεσιών υγείας στο πλαίσιο των ασφαλιστικών ταμείων.

## Η νομική εμπλοκή

Ένας επιπλέον τομέας που εμφανίζεται επιβαρημένος παράλληλα, είναι οι ποινικές εκκρεμότητες που συχνά βαρύνουν ή συνοδεύουν τους χρήστες. Είναι πολλαπλώς παραδεκτό σε όλο τον κόσμο το γεγονός της σύνδεσης της κατάχρησης ουσιών και της εξάρτησης με προβλήματα έκθεσης των χρηστών στο νόμο. Γενικά τα άτομα που κάνουν χρήση ουσιών διαπράττουν περισσότερες αξιόποινες πράξεις από όσους δεν κάνουν χρήση (Currie, 1993).

Ο Thio (1999), αναφέρει πως η συσχέτιση εγκληματικότητας και χρήσης ουσιών μπορεί εν μέρει να εξηγηθεί από το ότι ο τυπικός χρήστης είναι χωρίς οικονομικούς πόρους, με ανεπαρκή μόρφωση, χωρίς ιδιαίτερες δεξιότητες για εργασία και εκτός του προνοιακού συστήματος. Σημειώνει, μάλιστα, ότι όσο λιγότερο δίκαιο και ανεκτικό είναι το σύστημα της



κοινωνικής πρόνοιας μιας χώρας τόσο στενότερη είναι η σχέση της κατάχρησης ουσιών με το έγκλημα (Thio, 1999). Όπως ήδη προαναφέρθηκε, οι προοπτικές για ανάπτυξη της ζωής του νέου ατόμου που παρουσιάζει ασθενείς δεσμούς με την οικογένεια και το σχολείο παρουσιάζει περισσότερες πιθανότητες να σχετισθεί με ομότιμους που έχουν παραβατική συμπεριφορά και να ενταχθούν σε μια υποκουλτούρα παραβατικότητας. Αντίστοιχα, η συναναστροφή με ομότιμους που έχουν αναπτύξει παραβατική συμπεριφορά μειώνει τις πιθανότητες για έναν έφηβο ή νεαρό ενήλικα να αναπτύξει στο μέλλον συμβατικούς δυνατούς δεσμούς, διευκολύνοντας τον στην υιοθέτηση παρεκκλίνουσας συμπεριφοράς που περιλαμβάνει την εγκληματικότητα και την κατάχρηση ουσιών.

Αν και πολλές εξαρτητικές συμπεριφορές (τζόγος, σεξουαλική εξάρτηση) που δεν σχετίζονται με την κατάχρηση ουσιών συσχετίζονται συχνά με πράξεις που υπόκεινται στον ποινικό έλεγχο, η κατάχρηση ουσιών φαίνεται να συνδέεται στενά με την εγκληματικότητα. Από την άλλη μεριά οι μελέτες ατόμων που έχουν εκτεθεί στο ποινικό σύστημα αναφέρουν ότι οι κρατούμενοι παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά χρήσης και κατάχρησης παρανόμων ψυχοδραστικών ουσιών.

Πιο συγκεκριμένα στις ΗΠΑ, το 2003 σε μελέτη σε 39 πόλεις το 67% των ανδρών που συνελήφθησαν και εξετάστηκαν βρέθηκαν θετικοί τουλάχιστον σε μία από τις πέντε ουσίες που εξετάστηκαν.

Στην Ευρώπη το μισό του πληθυσμού των φυλακών έχει ιστορικό χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών ενώ, πολλοί από όσους εισάγονται στις φυλακές έχουν σοβαρό πρόβλημα με την κατάχρηση ουσιών.

Στην Ελλάδα ένας στους δύο χρήστες που απευθύνεται στα προγράμματα απεξάρτησης αναφέρει δικαστικές εκκρεμότητες και το 70% αναφέρει τουλάχιστον μία σύλληψη στη ζωή του (ΚΕΘΕΑ, 2007).

Τα παραπάνω επιβεβαιώνονται από την έρευνα των Kokkevi et al. 24 (2000) όπου αναφέρονται συλλήψεις για το 77,6% και καταδίκες για το 57,1% των συμμετεχόντων. Επιπλέον το 41,1% των κρατουμένων στις ελληνικές φυλακές το 2003 κρατούνταν για αδίκημα που καταδικάζει ο νόμος κατά των ναρκωτικών (ΕΚΤΕΠΝ, 2003) ενώ μελέτες υποστηρίζουν ότι το 83% των κρατουμένων στις ελληνικές φυλακές συνεχίζει τη χρήση μέσα στη φυλακή κατά τη διάρκεια του εγκλεισμού

Στη βάση όλων των παραπάνω, γίνεται εύκολα κατανοητό ότι μεγάλο μέρος των εξαρτημένων έχουν σημαντικά προβλήματα με το νόμο. Επειδή η εγκληματική συμπεριφορά των εξαρτημένων, ή καλύτερα η αδικοπραξία που τους εκθέτει στον ποινικό έλεγχο, αφορά κυρίως στην απόκτηση χρημάτων για να διευκολύνουν την προσπάθειά τους

να αποκτήσουν την ουσία, η γενική εντύπωση από την εγκληματικότητα που συνδέεται με την κατάχρηση ψυχοδραστικών ουσιών δε φαίνεται να τεκμηριώνει θέσεις που υποστηρίζουν την επιθετικότητα των χρηστών ψυχοδραστικών ουσιών. Αντίθετα, οι αδικοπραξίες μάλλον συνδέονται με την αναζήτηση της ουσίας και δεν οφείλονται στη χρήση της ως σύμπτωμα που συνδέεται με τη ιδιότητά της, τουλάχιστο για μιας σειράς ουσίες (Παρασκευόπουλος, 1997).

Παραμένει, πάντως, το γεγονός ότι η νομική εμπλοκή των εξαρτημένων επιδεινώνει την κοινωνική τους θέση προσθέτοντας στο ήδη στιγματισμένο πρόσωπό τους μια επιπλέον στιγματιστική ιδιότητα: αυτή του παραβάτη εκτεθειμένου στο ποινικό σύστημα. Το ζήτημα αυτό έχει σημαντική κλινική σημασία γιατί επιβάλλει στις υπηρεσίες υποστήριξης και θεραπείας του εξαρτημένου ένα επιπλέον στοιχείο που οφείλουν να αντιμετωπίσουν κατά τη διαδικασία ένταξης: την αποκατάσταση με όρους τουλάχιστον ουδετεροποίησης του ποινικού παρελθόντος του εξαρτημένου που σε πολλές περιπτώσεις αποτελεί ένα επιπλέον εμπόδιο καθώς ο εξαρτημένος επιχειρεί την πλήρη ένταξη ή επανένταξή του.

## Η ψυχολογική κατάσταση

Οι ψυχοδραστικές ουσίες έχουν τη ιδιότητα να αλλοιώνουν τη συναισθηματική και τη ψυχολογική κατάσταση που βρίσκεται κάποιος. Αυτός άλλωστε είναι και ένας από τους κύριους λόγους που χρησιμοποιούνται. Ως εκ τούτου σε μεγάλο βαθμό επηρεάζουν την ψυχική ισορροπία και η επαναλαμβανόμενη χρήση διαμορφώνει συνθήκες που μπορεί να εκληφθούν και ως σημαντική ψυχική διαταραχή. Από την άλλη μεριά, πολύ συχνά, η έρευνα έχει εστιάσει στη συνοσυρρότητα (comorbity) ή τη συνοδό ψυχοπαθολογία (concomitant psychiatric conditions), την παράλληλη δηλαδή διάγνωση μιας ψυχικής νόσου ή διαταραχής που συνοδεύει την εξάρτηση, γνωστή και ως διπλή διάγνωση (dual diagnosis). Η συζήτηση ωστόσο των προβλημάτων που σχετίζονται με τη ψυχική υγεία οφείλει να κάνει ένα διαχωρισμό που έχει τόσο κλινικό όσο και ερευνητικό ενδιαφέρον. Πρόκειται για το ερώτημα ποιες ψυχικές διαταραχές προκαλούνται ή μπορεί να προκληθούν από τη χρήση

ουσιών, σύμφωνα με τα ιδιαίτερα φαρμακοκινητικά και φαρμακολογικά χαρακτηριστικά της κάθε ουσίας και ποιες διαταραχές προϋπάρχουν της συστηματικής χρήσης. Δεδομένου ότι η θέση που αναφέρεται στη χρήση ουσιών ως αυτοθεραπευτική μέθοδο εξισορρόπησης των προβλημάτων ψυχικής υγείας που βιώνει κάποιος συναντά ευρεία συναίνεση μεταξύ πολλών ερευνητών, παραμένει ως ένα σημαντικό δίλημμα η σαφής απάντηση στο προηγούμενο ερώτημα (Jackson και Lewis, 2002).

Πρόκειται για το συστηματικό διαχωρισμό ανάμεσα στην λειτουργική ψυχική διαταραχή και την οργανικού τύπου ψυχική διαταραχή που εξαρτάται από τη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών και δεν υφίσταται πλέον μετά τη διακοπή της χρήσης (Νικολάου και Μάτσα, 2004). Από την άλλη μεριά, πολύ συχνά η διάγνωση συνδέεται με άτομα τα οποία βρίσκονται στη διαδικασία ψυχιατρικής αξιολόγησης έχοντας συνήθως ένα μακρύ ιστορικό χρόνιας χρήσης με εκδηλωμένα συμπτώματα ψυχικής διαταραχής και δεν βασίζεται σε εξέταση που προηγείται της χρήσης. Έτσι, συχνά, το ερώτημα αν η ψυχική νόσος προκαλεί τη χρήση ουσιών ή η χρήση ουσιών προκαλεί τη ψυχική αποδιοργάνωση δεν φαίνεται να έχει μια σαφή απάντηση (Λιάππας, 2003).

Η Onken και οι συνεργάτες της (1997) παρουσιάζοντας την επιδημιολογική έρευνα ευρείας κλίμακας για τη σχέση εξάρτησης από ψυχοδραστικές ουσίες και ψυχικών διαταραχών που πραγματοποίησαν αναφέρουν ότι το 53% όσων διαγνώστηκαν ως εξαρτημένοι κάποια φορά στη ζωή τους είχαν επίσης διαγνωσθεί κάποτε και για διαταραχή ψυχικής υγείας. Περίπου τα δύο τρίτα των ατόμων που ήταν εξαρτημένα από ηρωίνη ή κοκαΐνη, κάποτε στη ζωή τους διαγνώστηκαν με ψυχική διαταραχή. Και επιπλέον, για όσους είχαν κάποια διάγνωση ψυχικής διαταραχής, το 15% ανέπτυξε και σοβαρό πρόβλημα εξάρτησης με τη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών. Επιπρόσθετα, το 28% των ατόμων με διάγνωση σχιζοφρένειας και το 42% των ατόμων με διάγνωση αντικοινωνικής προσωπικότητας ανέπτυξαν σοβαρό πρόβλημα εξάρτησης από ψυχοδραστικές ουσίες (Onken et al. 1997).

Επιπλέον, οι Νικολάου και Μάτσα (2004) αναφέρουν ότι στα εξαρτημένα άτομα, που συνήθως κάνουν χρήση περισσότερων ουσιών παράλληλα, εντοπίζονται συνοδές διαταραχές προσωπικότητας, κυρίως αντικοινωνική, σε ποσοστό από 35% μέχρι και 87%, κατάθλιψης και αγχώδους τύπου σε ποσοστό από 20% μέχρι 60%.

## Υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ

Το αλκοόλ είναι μια κοινωνικά αποδεκτή ουσία. Υπάρχουν συγκεκριμένοι τύποι αλκοόλ, όπως το κόκκινο κρασί, οι οποίοι όταν καταναλώνονται σε φυσιολογικά επίπεδα, μπορεί να είναι ωφέλιμοι για την υγεία, ενώ η υπερβολική κατανάλωσή τους μπορεί να αποδειχθεί επιβλαβής. Πρέπει να σημειωθεί ότι δεν είναι εύκολο να οριστεί η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ. Αυτή η σύγχυση αντικατοπτρίζεται και στις αλλαγές που επέβαλε το 1995 η κυβέρνηση της Μεγάλης Βρετανίας αναφορικά με τις οδηγίες υγείας. Τη χρονική περίοδο από το 1986 έως το 1995, το προτεινόμενο όριο εβδομαδιαίας κατανάλωσης ήταν οι 21 ή λιγότερες μονάδες αλκοόλ για τους άνδρες και οι 14 ή λιγότερες μονάδες για τις γυναίκες. Το 1995 μια κυβερνητική επιτροπή, που συστάθηκε προκειμένου να αναθεωρήσει αυτές τις οδηγίες, πρότεινε την αύξηση των μονάδων αλκοόλ στις 28 για τους άνδρες και στις 21 για τις γυναίκες. Οι αλλαγές αυτές προκάλεσαν σάλο και επικρίσεις για τους ειδικούς σε θέματα αλκοόλ, καθώς δεν βασίστηκαν σε νέα ευρήματα. Συνέπεια αυτού του γεγονότος ήταν οι πολλοί οργανισμοί για την προαγωγή της υγείας και τα οινοπνευματώδη να διαστάζουν να υιοθετήσουν αυτές τις κατευθυντήριες γραμμές, και να μην υπάρχουν ξεκάθαρες οδηγίες αναφορικά με τα προτεινόμενα όρια κατανάλωσης.

Η οξεία τοξίκωση από αλκοόλ, όπως αποκαλείται η μέθη, μπορεί να οδηγήσει σε ριψοκίνδυνες ή άλλες συμπεριφορές που βλάπτουν όχι μόνο τον χρήστη, αλλά και άλλους ανθρώπους. Περίπου το 20% των εισαγωγών στα ψυχιατρικά νοσοκομεία, το 60% των αποπειρών αυτοκτονίας το 40% των περιστατικών οικογενειακής βίας και το 15% των θανάτων από τροχαία δυστυχήματα στο Ηνωμένο Βασίλειο σχετίζονται με την κατανάλωση αλκοόλ. Η κατανάλωση αλκοόλ σχετίζεται επίσης με αυξημένο κίνδυνο διάπραξης βίαιων εγκλημάτων, εργατικά ατυχήματα, θανατηφόρα ή μη τροχαία ατυχήματα, πνιγμούς, εγκαύματα και αυτοκτονίες.

Στους μακροπρόθεσμους κινδύνους από την κατανάλωση αλκοόλ συγκαταλέγονται διάφορα οργανικά προβλήματα υγείας, όπως η κίρρωση του ήπατος, η υπέρταση και διάφορες μορφές καρκίνου. Η μακροχρόνια υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ μπορεί επίσης να προκαλέσει σημαντικά νευρολογικά προβλήματα. Η εγκεφαλοπάθεια του Wernicke οφείλεται σε έλλειψη θειαμίνης κάτι ιδιαίτερα σύνηθες σε άτομα που καταναλώνουν υπερβολικές ποσότητες αλκοόλ ως αποτέλεσμα της κακής τους διατροφής και προκαλείται από εκφυλιστικές αλλαγές και μικρές αιμορραγίες στον εγκέφαλο. Στα συμπτώματα περιλαμβάνονται τα ελλείμματα μνήμης, η αταξία και η σύγχυση. Αν δεν θεραπευτεί, μπορεί

να εξελιχθεί σε μια προβληματική νόσο, γνωστή ως σύνδρομο Korsakoff. Αυτή η μη αναστρέψιμη πάθηση προσβάλλει το 5% περίπου των ατόμων που καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες αλκοόλ και συνδέεται με σημαντική αναδρομική και προδρομική αμνησία. Τα ελλείμματα της προδρομικής αμνησίας είναι συνήθως τα πιο ευδιάκριτα προβλήματα, καθώς οι πάσχοντες ζουν τη ζωή τους λεπτό προς λεπτό, ενώ συχνά χρησιμοποιούν τη μυθοπλασία σε μια προσπάθεια να υποκαταστήσουν τις μνήμες που δεν μπορούν να διατηρήσουν.

Η προβληματική κατανάλωση αλκοόλ αποτελεί συνήθως το τελικό στάδιο της μετάβασης από την κοινωνική κατανάλωση αλκοόλ στην κατανάλωση αλκοόλ σε περιόδους στρες ή προβλημάτων. Το ενδιάμεσο στάδιο χαρακτηρίζεται από την αυξανόμενη ανάγκη του ατόμου για κατανάλωση αλκοόλ προκειμένου να αντιμετωπίσει κοινωνικά ή ψυχολογικά προβλήματα ή ανά αποτρέψει την εμφάνιση των συμπτωμάτων στέρησης. Κατά τα πρώτα στάδια της εξάρτησης, το άτομο μπορεί να χρειαστεί να πιεί ένα ποτό με το μεσημεριανό φαγητό προκειμένου να μειώσει τη δυσφορία που νιώθει. Καθώς εξαρτάται όλο και περισσότερο, μπορεί να χρειαστεί να πιεί ένα ποτό νωρίς το πρωί ή κατά τη διάρκεια της νύχτας προκειμένου να αποφύγει το αίσθημα της στέρησης. Συνήθως δυσκολεύεται να απέχει από το ποτό για τρεις ή τέσσερις ώρες. Η στέρηση προκαλεί ποικίλα συμπτώματα, όπως τρέμουλο, ναυτία, εφίδρωση και διαταραχές της διάθεσης. Το πιο ακραίο σύμπτωμα είναι το τρομώδες παραλήρημα. Συνήθως εμφανίζεται τρεις ή τέσσερις ημέρες μετά την αποχή από το αλκοόλ και διαρκεί δυο με τρεις ημέρες. Χαρακτηρίζεται από εξασθένηση της συνείδησης, επιπτώσεις στη μνήμη, αϋπνία και τρομακτικές ακουστικές και/ή οπτικές ψευδαισθήσεις.

Η αναλογία φύλου όσον αφορά στον αλκοολισμό είναι περίπου 2-3 προς 1 υπέρ των ανδρών. Η συνήθης ηλικία έναρξης της πάθησης βρίσκεται μεταξύ των 16 και 30 ετών και είναι πρωιμότερη στους άνδρες, αν και οι ιατρικές επιπλοκές του αλκοολισμού αναπτύσσονται ταχύτερα στις γυναίκες. Άτομα που ασκούν συγκεκριμένα επαγγέλματα είναι περισσότερο επιρρεπή στον αλκοολισμό, όπως οι σερβιτόροι, οι εργαζόμενοι σε μπαρ, οι ναυτικοί και οι συγγραφείς. Επίσης επιρρεπή στον αλκοολισμό είναι άτομα με αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας και άτομα με αγχώδεις διαταραχές ή διαταραχές της διάθεσης.

Έχει αναπτυχθεί μια αδρή ταξινόμηση του αλκοολισμού με βάση δημογραφικές και κλινικές παραμέτρους. Ο αλκοολισμός τύπου I, χαρακτηρίζεται από έναρξη στην ενήλικη ζωή, σταδιακή αύξηση της κατανάλωσης αλκοόλ, συγκεκριμένα χαρακτηριστικά προσωπικότητας όπως υπερβολική ενοχή, ανησυχία, εξάρτηση και εσωστρέφεια, από απουσία ή ασθενές οικογενειακό ιστορικό, ίδιο επιπολασμό στα δυο φύλα και καλύτερη ανταπόκριση στη θεραπεία σε σύγκριση με τον αλκοολισμό τύπου II.

Ο αλκοολισμός τύπου II χαρακτηρίζεται από πρόωμη έναρξη, χαρακτηριστικά προσωπικότητας όπως παρορμητικότητα, πολυδιάσπαση σε δραστηριότητες και απερίσκεπτες ρισκοκίνδυνες συμπεριφορές, από την ύπαρξη αντικοινωνικής διαταραχής προσωπικότητας, ισχυρό οικογενειακό ιστορικό, σαφώς μεγαλύτερο επιπολασμό στους άνδρες και πτωχή ανταπόκριση στη θεραπεία.

## Αιτιολογία

Με δεδομένο ότι πολλές από τις ψυχικές διαταραχές έχουν μια διάσταση κληρονομική, από νωρίς οι ερευνητές με ιατρικοκεντρική αφετηρία στην έρευνα για τις εξαρτήσεις προσπάθησαν να εντοπίσουν γενετικούς και βιολογικούς παράγοντες που καθορίζουν την εξάρτηση. Το μεγαλύτερο μέρος της σχετικής έρευνας ωστόσο προέρχεται από μελέτες που συνδέονται με την εξάρτηση από το αλκοόλ ενώ πολύ λιγότερο έχει ερευνηθεί η εξάρτηση από άλλες ψυχοδραστικές ουσίες. Επιπλέον, Η διερεύνηση της συμβολής των γενετικών παραγόντων στην εμφάνιση της εξάρτησης στηρίχθηκε για αρκετά χρόνια σε μελέτες οικογενειών με δίδυμα ή υιοθετημένα παιδιά. Σε μια ανασκόπηση του ο Goodwin (1979) βρήκε ότι το 25% των πατέρων και των αδελφών συγγενών που έχουν αναπτύξει πρόβλημα εξάρτησης με το αλκοόλ έχουν και εκείνοι αναπτύξει προβληματική συμπεριφορά με την κατάχρηση αλκοόλ, ενώ οι Hesselbrock, (1992) διερευνώντας τις εισαγωγές σε νοσοκομεία για αντιμετώπιση της εξάρτησης από το αλκοόλ βρήκαν ότι το 80% όσων είχαν εισαχθεί είχαν στενούς βιολογικούς συγγενείς με σημαντικά προβλήματα που σχετίζονταν με την υπερκατανάλωση αλκοόλ.

Πολλοί άνθρωποι καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες αλκοόλ για χρόνια χωρίς να αναπτύξουν εξάρτηση. Οι περισσότεροι μειώνουν την ποσότητα που καταναλώνουν καθώς μεγαλώνουν. Οι νέοι άνδρες, που καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες αλκοόλ όσο δεν είναι δεσμευμένοι, μπορεί να ελαττώσουν την κατανάλωση όταν παντρευτούν και κάνουν παιδιά. Είναι σαφές ότι ένα αιτιολογικό μοντέλο για τα προβλήματα που συνδέονται με το αλκοόλ θα πρέπει να περιλαμβάνει τους παράγοντες που συμβάλλουν στην κατανάλωση αλκοόλ κατά τα πρώτα στάδια, καθώς και τους λόγους για τους οποίους μερικοί άνθρωποι συνεχίζουν να κάνουν χρήση και κατάχρηση αλκοόλ. Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο φαίνεται να είναι το πιο κατάλληλο, επειδή περιλαμβάνει τους λόγους για τους οποίους κάποιοι άνθρωποι είναι πιο επιρρεπείς στην εξάρτηση από το αλκοόλ σε σχέση με άλλους, καθώς και τους

κοινωνικούς και ψυχολογικούς παράγοντες που ανεξάρτητα ή συνδυαστικά μπορεί να οδηγήσουν το άτομο σε αυτή την κατάσταση.

## Γενετικοί παράγοντες

Υπάρχουν ενδείξεις για την ύπαρξη γενετικής προδιάθεσης στα προβλήματα αλκοολισμού. Οι Prescott & Kendler (1999) ανέφεραν ποσοστά συνεμφάνισης δια βίου υψηλής κατανάλωσης αλκοόλ στο 47% των μονοζυγωτικών διδύμων και στα 32% των διζυγωτικών. Οι έρευνες που έχουν γίνει σε υιοθετημένα παιδιά έχουν δείξει επίσης ότι τα παιδιά γονέων με προβλήματα αλκοολισμού τα οποία δόθηκαν για υιοθεσία αντιμετωπίζουν περισσότερα προβλήματα με αλκοόλ από τα παιδιά των οποίων οι γονείς δεν είχαν ανάλογο ιστορικό.

Οι ενδείξεις αυτές όμως δεν υποδεικνύουν κατ'ανάγκη την ύπαρξη ενός γονιδίου για το αλκοολισμό: τα προβλήματα με το αλκοόλ μπορεί να εμφανίζονται δευτερογενώς ως αποτέλεσμα άλλων γενετικά καθορισμένων χαρακτηριστικών, όπως ο μειωμένος έλεγχος των παρορμήσεων ή τα συναισθηματικά προβλήματα. Υπάρχουν υστόσο έμμεσες ενδείξεις που εμπλέκουν ένα συγκεκριμένο γονίδιο ή γονίδια στην εξάρτηση από το αλκοόλ. Οι Schuckit et al βρήκαν ότι τα άτομα που προέρχονταν από οικογένειες με υψηλά επίπεδα προβληματικής κατανάλωσης αλκοόλ εμφάνιζαν χαμηλότερη φυσιολογική αντίδραση στο αλκοόλ σε σύγκριση με την εξισωμένη κατά ζεύγη ομάδα ελέγχου. Αυτή η κατάσταση μπορεί να οδηγήσει σε υπερβολική και κατόπιν σε προβληματική κατανάλωση αλκοόλ. Οι άνδρες με οικογενειακό ιστορικό προβληματικής κατανάλωσης αλκοόλ βιώνουν συνήθως μεγαλύτερη μείωση του άγχους μετά την κατανάλωση αλκοόλ σε σύγκριση με τον μέσο όρο. Και αυτό θεωρείται ότι ενισχύει την κατανάλωση αλκοόλ.

Είναι γεγονός ότι οι περισσότερες βιολογικές μελέτες εμπλέκουν αρκετά γονίδια στη διεργασία της εξάρτησης. Σε αυτά περιλαμβάνονται γονίδια ενζύμων που συμβάλλουν στον μεταβολισμό του αλκοόλ. Μια σημαντική γενετική διεργασία αφορά το γονίδιο με τον υποδοχέα της ντοπαμίνης D2. Το γονίδιο αυτό μπορεί να πάρει αρκετές μορφές: είναι πολυμορφικό. Μια παραλλαγή του, το αλληλόμορφο DRD A1(+) είναι επικρατέστερο στα άτομα με εξάρτηση από το αλκοόλ. Το συγκεκριμένο γονίδιο μπορεί επίσης να επηρεάσει την έναρξη της χρήσης και την ένταση της επίδραση ποικίλων ναρκωτικών ουσιών. Οι Connor et al (2005) βρήκαν ότι οι έφηβοι άνδρες με αυτό το αλληλόμορφο γονίδιο

δοκίμαζαν αλκοόλ και εμφάνιζαν τοξίκωση πιο συχνά από τους εφήβους που δεν είχαν το γονίδιο. Επιπλέον είχαν περισσότερες πιθανότητες να καπνίζουν και να έρχονται σε μεγαλύτερη ευφορία μετά τη χρήση μαριχουάνας.

## Βιολογικοί παράγοντες

Το αλληλόμορφο DRD A1 (+) επηρεάζει μέσω της δράσης του τους υποδοχείς ντοπαμίνης (Bowirrat & Oscar-Berman, 2005). Η κατανάλωση αλκοόλ πυροδοτεί μια σειρά χημικών αντιδράσεων, που προκαλούν την απελευθέρωση ντοπαμίνης στο κέντρο ανταμοιβής ή ευχαρίστησης του εγκεφάλου: πρόκειται για ένα σύνθετο σύνολο δομών που περιλαμβάνει τα βασικά γάγγλια, τον θάλαμο, την αμυγδαλή, τον υποθάλαμο και τον επικλινή πυρήνα. Οι άνθρωποι που έχουν το γονίδιο αυτό μπορεί να εμφανίζουν μεγαλύτερη ευαισθησία στην επίδραση του αλκοόλ σε σύγκριση με όσους δεν το έχουν .

Το αποτέλεσμα είναι να ενθαρρύνονται να ξεκινήσουν την κατανάλωση αλκοόλ η τη χρήση άλλων ναρκωτικών ουσιών επειδή με αυτό τον τρόπο τους είναι εύκολο να έρθουν σε «ευφορία». Σύμφωνα με τον εν λόγω μηχανισμό, τα άτομα αυτά μπορεί να χρειάζονται σχετικά μικρή ποσότητα αλκοόλ για να λάβουν συναισθηματική ανταμοιβή και γι αυτό συνεχίζουν την κατανάλωση. Ωστόσο, η συνεχής χρήση αλκοόλ θεωρείται ότι μειώνει την αντίδραση αυτού του συστήματος ανταμοιβής σε άλλους πιθανούς ενισχυτές, με αποτέλεσμα το άτομο να εξαρτηθεί από το αλκοόλ προκειμένου να διατηρήσει την επιθυμητή διάθεση. Εκτός του παραπάνω, υπάρχουν και άλλοι νευροδιαβιβαστές που μπορεί να συμβάλλουν στη συνέχιση της κατανάλωσης αλκοόλ. Το αλκοόλ αυξάνει επίσης τη δράση του GABA (γ-αμινοβουτυρικού οξέος) μέσα στον υποθάλαμο και στο συμπαθητικό νευρικό σύστημα, καταπραύνοντας τη διάθεση και τη συμπεριφορά. Με την πάροδο του χρόνου η φυσική παραγωγή GABA μειώνεται, οδηγώντας στην εξάρτηση του ατόμου από το αλκοόλ για τη διατήρηση της επιθυμητής συναισθηματικής κατάστασης. Η αποχή μειώνει τα επίπεδα GABA κάτω του επιθυμητού, αυξάνει το άγχος και τη νευρικότητα, ενώ εμφανίζονται και σωματικά συμπτώματα στέρησης. Τα συμπτώματα αυτά ανακουφίζονται με τη συνέχιση της κατανάλωσης αλκοόλ ή με την αποκατάσταση των φυσιολογικών επιπέδων GABA στο σώμα.



## Κοινωνικοπολιτισμικοί παράγοντες

Το αλκοόλ είναι μια κοινωνικά αποδεκτή ναρκωτική ουσία και η κατανάλωσή του εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από κοινωνικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Η έναρξη της κατανάλωσης αλκοόλ συμπίπτει σε κάποιες κοινωνίες με τη μετάβαση από την παιδική ηλικία στην ενηλικίωση, παρόλο που κάτι τέτοιο μπορεί να συμβαίνει και σε σχετικά μικρή ηλικία: περίπου το ένα τρίτο των Βρετανών ηλικίας 13-14 ετών αναφέρει πως έχει μεθύσει περισσότερο από μια φορά. Η κατανάλωση αλκοόλ σε μικρή ηλικία σχετίζεται με τις θετικές στάσεις απέναντι σε αυτή τη συμπεριφορά. Κάποιες από αυτές τις θετικές στάσεις συνδέονται με τις στάσεις και τη συμπεριφορά της οικογένειας και των συνομηλίκων και μπορεί να είναι αποτέλεσμα των θετικών εικόνων κατανάλωσης αλκοόλ που βλέπει το άτομο στην τηλεόραση ή στις ταινίες. Οι κοινωνικοί παράγοντες επηρεάζουν τη συνέχιση της κατανάλωσης αλκοόλ μετά την έναρξή της. Το φαινόμενο του κεράσματος αλκοόλ στα νεαρά άτομα μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση της κατανάλωσης, καθώς για τους νέους αυτούς το αλκοόλ συνδέεται συνήθως με κοινωνικές και ομαδικές δραστηριότητες. Τα μεταβατικά στάδια της ζωής, θετικά ή αρνητικά είναι επίσης δυνατόν να επηρεάσουν την κατανάλωση. Η δημιουργία σχέσεων και οικογένειες ή η εύρεση και διατήρηση μιας εργασίας μπορεί να περιορίσουν την κατανάλωση. Τα αντίξοα γεγονότα μπορεί να αυξήσουν την κατανάλωση, ιδίως στους ανθρώπους που σρησιμοποιοούν το αλκοόλ ως τρόπο αντιμετώπισης τους στρες.

Τα ποσοστά κατανάλωσης αλκοόλ διαφέρουν εντός της κάθε χώρας, ανάλογα με την πολιτισμική και κοινωνική ομάδα. Οι άνδρες συνήθως καταναλώνουν μεγαλύτερες ποσότητες αλκοόλ από τις γυναίκες. Οι εργάτες είναι πιο πιθανό να έχουν προβλήματα με το αλκοόλ συγκριτικά με τους υπαλλήλους γραφείου, ενώ το ίδιο ισχύει για τους εργαζόμενους που έχουν πρόσβαση σε αλκοόλ λόγω της δουλειάς τους. Το φαινόμενο της σοβαρής επεισοδιακής κατανάλωσης αλκοόλ εμφανίζεται πιο συχνά στους νέους, τους άνδρες και τις ομάδες χαμηλού οικονομικού και μορφωτικού επιπέδου. Τα επίπεδα της κατανάλωσης αλκοόλ μπορεί να είναι ιδιαίτερα υψηλά στις περιθωριοποιημένες ομάδες ή στις ομάδες που υφίστανται κοινωνικές πιέσεις, όπως οι αυτόχθονες Ινδιάνοι των ΗΠΑ (Bursac & Campbell, 2003). Αντίστοιχα, οι Αμερικάνοι λατινικής καταγωγής διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο κατανάλωσης αλκοόλ σε σύγκριση με τους Αφροαμερικάνους και τους Αμερικάνους ασιατικής καταγωγής, όπως διαπιστώθηκε σε έρευνα για την κατανάλωση αλκοόλ που διενεργήθηκε στις νότιες Ηνωμένες Πολιτείες (Guiao & Thompson, 2004). Δεν προκαλεί επίσης έκπληξη ότι τα επίπεδα κατανάλωσης αλκοόλ διαφέρουν μεταξύ των χωρών. Οι

Ιάπωνες, για παράδειγμα, καταναλώνουν περισσότερο αλκοόλ από τους Αμερικάνους ή του Βρετανούς (Ueshima, 2005).

## Ψυχολογικοί παράγοντες

Σύμφωνα με τη συμπεριφοριστική θεώρηση, η κατανάλωση αλκοόλ είναι αποτέλεσμα της συντελεστικής όσο και της κλασσικής εξαρτημένης μάθησης. Η πράξη της κατανάλωσης αλκοόλ ανταμείβεται με την απόλαυση – σωματική ή κοινωνική – που συνοδεύει την ίδια την κατανάλωσή του, ή με την ανακούφιση από το στρες. Ένα πρόσθετο κίνητρο για το εξαρτημένο από το αλκοόλ άτομο είναι η αποφυγή των συμπτωμάτων στέρησης. Η κλασσική εξαρτημένη μάθηση συντελείται καθώς η κατανάλωση αλκοόλ συνδέεται με συγκεκριμένα ερεθίσματα ή καταστάσεις και η εφεξής έκθεση του ατόμου σε αυτές πυροδοτεί ένα επεισόδιο κατανάλωσης αλκοόλ.

Οι γνωσιακοί θεωρητικοί υποστηρίζουν ότι οι πεποιθήσεις αναφορικά με το αλκοόλ, γνωστές ως πεποιθήσεις εξάρτησης αποτελούν σημαντικούς καθοριστικούς παράγοντες για την κατανάλωση αλκοόλ σε όλα τα στάδια του ιστορικού χρήσης. Στα πρώτα στάδια υπερισχύουν οι θετικές πεποιθήσεις όπως «Θα έχει πλάκα αν μεθύσω». Καθώς το άτομο αρχίζει να βασίζεται στο αλκοόλ για να αντιμετωπίσει τα συναισθήματα δυσφορίας που νιώθει, επικρατούν οι σκέψεις που στρέφονται γύρω από την ανακούφιση. Οι πεποιθήσεις εθισμού συνήθως συνοδεύονται από μια ευρύτερη ομάδα αρχητικών πυρηνικών πεποιθήσεων, όπως η αρνητική εικόνα για τον εαυτό, τις συνθήκες ζωής και το περιβάλλον, οι οποίες μπορεί να συμβάλλουν στην εμφάνιση κατάθλιψης ή άγχους. Τόσο οι πεποιθήσεις εθισμού όσο και οι αρνητικές πεποιθήσεις είναι δυνατόν να πυροδοτούνται από εξωτερικά ερεθίσματα, όπως το πέρασμα έξω από ένα μπα ή από κάποιο εσωτερικό ερέθισμα όπως η πεσμένη διάθεση.

### Διάγνωση

Οι διαταραχές που συνδέονται με τη χρήση αλκοόλ μπορούν συνήθως να διαγνωστούν με βάση μια προσεκτική λήψη ιστορικού και εξέταση της ψυχονοητικής κατάστασης. Επειδή πολλά άτομα που πάσχουν από αλκοολισμό αρνούνται την πάθησή τους ή υποβαθμίζουν την έκταση της χρήσης, είναι χρήσιμο να λαμβάνονται πληροφορίες από τα μέλη της οικογένειας ή άλλες πηγές όταν υπάρχει κλινική υποψία αλκοολισμού. Η δοκιμασία

CAGE (εικόνα 1), αποτελούμενη από 4 ερωτήσεις είναι μια απλή μέθοδος αδρής ανίχνευσης της κατάχρησης ή εξάρτησης από αλκοόλ. Οποιαδήποτε θετική ή εμφανώς αμυντική απάντηση υποδηλώνει την ύπαρξη του σχετικού προβλήματος.

Η εξέταση της συγκέντρωσης του αλκοόλ στο αίμα μπορεί να είναι επίσης χρήσιμη για την εκτίμηση της παρουσίας κατάχρησης αλκοόλ ή εξάρτησης από αυτό. Στην πραγματικότητα, τα επίπεδα του αλκοόλ στο αίμα αποτελούν ένα αδρό δείκτη του βαθμού τοξίκωσης από αυτό. Η σύνδεση των επιπέδων του αλκοόλ με τον βαθμό τοξίκωσης που παρουσιάζεται παρακάτω ισχύει για άτομα που δεν έχουν αναπτύξει ανοχή στο αλκοόλ:

0-100 mg/dl: αίσθηση ευφορίας, καταστολή, ηρεμία

100-150 mg/dl: δυσχέρεια συντονισμού των πράξεων και κινήσεων, ευερεθιστότητα

150-200 mg/dl : δυσαρθρία, αταξία

>250 mg/dl : λιποθυμικό επεισόδιο, απώλεια αισθήσεων

Σε ακόμα υψηλότερες συγκεντρώσεις – άνω των 350 mg/dl – το άτομο μπορεί να περιέλθει σε κωματώδη κατάσταση και να πεθάνει. Η παρουσία ελάχιστων κλινικών συμπτωμάτων τοξίκωσης σε ένα άτομο παρά την ύπαρξη επιπέδων αλκοόλ της τάξης των 150 mg/dl και άνω αποτελεί μια ισχυρή ένδειξη αλκοολισμού.

Το αλκοόλ είναι η μόνη ουσία για την οποία έχει προσδιοριστεί νομικά το όριο τοξίκωσης με βάση τα αποτελέσματα μιας εργαστηριακής εξέτασης. Σε πολλά κράτη το νομοθετικό πλαίσιο θεωρεί ότι ένας οδηγός αυτοκινήτου θεωρείται ότι τελεί υπό την επήρεια αλκοόλ όταν τα επίπεδα του αλκοόλ στο αίμα του είναι της τάξης των 0,08g ανά 100ml, που ισοδυναμούν με 80mg/dl. Σε νοσοκομεία και κλινικές η εξέταση των επιπέδων μέσω αναλυτών του εκπνεόμενου αέρα αποτελεί τον καθιερωμένο τρόπο εκτίμησης σε εξωνοσοκομειακές συνθήκες, όπως π.χ. ο έλεγχος κατανάλωσης αλκοόλ σε οδηγούς αυτοκινήτου.

Κάποιες άλλες εργαστηριακές εξετάσεις είναι χρήσιμες αλλά όχι διαγνωστικές. Τα άτομα που πάσχουν από αλκοολισμό ενδέχεται να εμφανίζουν υψηλές τιμές υψηλής πυκνότητας λιποπρωτεϊνών (HDL), γαλακτικής αφυδρογονάσης (LDL) και ουρικού οξέος και ερυθρών αιμοσφαιρίων. Ο μέσος όγκος των ερυθρών αιμοσφαιρίων (MCV) βρίσκεται αυξημένος στο 95% των ατόμων που πάσχουν από αλκοολισμό. Το 30% των ατόμων αυτών έχουν ενδείξεις παλαιού κατάγματος των πλευρών ή των σπονδύλων στην ακτινογραφία θώρα (σε σύγκριση με το 1% των υγίων). Οι τιμές των ηπατικών ενζύμων είναι συχνά παθολογικές. Η γ-γλουταμινική τρανσφεράση (γ-GT) είναι αυξημένη στο 75% περίπου των ατόμων και μπορεί να αποτελεί το πρωιμότερο εργαστηριακό εύρημα του αλκοολισμού. Οι

τρανσαμινάσες (ασπαρτική και αλανινική αμινοτρανφεράση – AST, ALT ή SGOT & SGPT αντιστοίχως) είναι επίσης αυξημένες. Μια μελέτη έδειξε ότι ο συνδυασμός αυξημένων επιπέδων γ-GT και αυξημένου MCV ταυτοποιεί τα άτομα που πάσχουν από αλκοολισμό με ακρίβεια 90%

<b>CAGE Questionnaire for Detecting Alcoholism</b>		
<b>Question</b>	<b>Yes</b>	<b>No</b>
C: Have you ever felt you should <b>C</b> ut down on your drinking?	1	0
A: Have people <b>A</b> nnoyed you by criticizing your drinking?	1	0
G: Have you ever felt <b>G</b> uilty about your drinking?	1	0
E: Have you ever had a drink first thing in the morning ( <b>E</b> ye opener)?	1	0
A total score of 0 or 1 suggests low risk of problem drinking A total score of 2 or 3 indicates high suspicion for alcoholism A total score of 4 is virtually diagnostic for alcoholism		

Εικόνα 1: δοκιμασία Cage

C έχετε αισθανθεί την ανάγκη να μειώσετε την κατανάλωση αλκοόλ;

A έχετε αισθανθεί ενοχλημένος για τα σχόλια επειδή πίνετε;

G έχετε αισθανθεί ενοχές επειδή πίνετε;

E έχετε αισθανθεί την ανάγκη να ξεκινήσετε την ημέρα σας πίνοντας το πρωί;

## Παρεμβάσεις για την υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ

### Πρόληψη: η κοινωνικοπολιτισμική προσέγγιση

Οι προσεγγίσεις που έχουν στόχο την πρόληψη της υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ βασίζονται στην υπόθεση ότι η επιβολή ελέγχων που επηρεάζει τον γενικό πληθυσμό θα επηρεάσει επίσης τους ανθρώπους που καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες αλκοόλ ή έχουν

πρόβλημα με αυτά. Ως εκ τούτου, οι παρεμβάσεις πρόληψης απευθύνονται σε όλους τους ανθρώπους που πίνουν και όχι μόνο σε αυτούς που πίνουν πολύ. Αυτού του είδους οι προσεγγίσεις έχουν γενικά προσπαθήσει να αλλάξουν το πλαίσιο ή τους κανόνες που διέπουν την κατανάλωση αλκοόλ. Αρκετές μάλιστα αποδείχθηκαν αποτελεσματικές. Οι νόμοι για την οδήγηση μετά από κατανάλωση αλκοόλ και οι σχετικές διαφημίσεις επέφεραν σημαντική μείωση του αριθμού των τροχαίων ατυχημάτων που σχετίζονται με την κατανάλωση αλκοόλ. Φαίνεται επίσης ότι έχουν κάνει λιγότερο αποδεκτή την οδήγηση υπό την επήρεια αλκοόλ από ό, τι παλαιότερα. Μια εμφανής αντίθεση στις προσπάθειες ελέγχου της κατανάλωσης είναι οι νόμοι που απελευθέρωσαν την κατανάλωση αλκοόλ διευρύνοντας τις ώρες κατανάλωσης. Το μέτρο αυτό πάντως δεν φαίνεται να οδήγησε σε αύξηση της κατανάλωσης, ίσως μάλιστα να μείωσε τη σοβαρή επεισοδιακή κατανάλωση αλκοόλ επειδή δεν υπάρχει πλέον η πίεση να πιεί κανείς όσο το δυνατόν πιο γρήγορα, προτού κλείσει το μπαρ.

## **Αλκοολισμός και προβληματική κατανάλωση αλκοόλ**

Οι πεπειθήσεις των διαφόρων επαγγελματιών για τη φύση και τη θεραπεία των προβλημάτων που σχετίζονται με το αλκοόλ καθώς και η ορολογία που χρησιμοποιούν, χαρακτηρίζονται από μια αυστηρή διάκριση. Κάποιοι θεωρούν ότι αυτό που ορίζεται ως αλκοολισμός είναι μια βιολογική ασθένεια. Οι παρεμβάσεις που βασίζονται σε αυτή την προσέγγιση συνήθως επιβάλλουν φαρμακευτική θεραπεία ή προγράμματα απόλυτης αποχής, όπως αυτά που εφαρμόζονται στους Ανώνυμους Αλκοολικούς. Άλλοι θεωρούν ότι αυτό που ορίζεται ως προβληματική κατανάλωση αλκοόλ είναι αποτέλεσμα ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων και πιστεύουν ότι οι περισσότεροι άνθρωποι μπορούν να μάθουν να πίνουν αλκοόλ σωστά και με μέτρο. Το ενδιαφέρον είναι ότι υπάρχει μια σημαντική υπερατλαντική διάσταση απόψεων. Η πλειονότητα των Αμερικανών επαγγελματιών υποστηρίζει το ιατρικό μοντέλο της αποχής ενώ οι περισσότεροι Ευρωπαίοι συνηγορούν υπέρ του ψυχοκοινωνικού μοντέλου της ελεγχόμενης κατανάλωσης αλκοόλ. Οι υποστηρικτές αυτού του μοντέλου διατείνονται ότι πολλοί άνθρωποι που είναι προβληματικοί πότες μπορούν να μετριάσουν την κατανάλωση αλκοόλ, ενώ άλλοι μπορεί να αρνηθούν να απέχουν από αυτό. Οι προσπάθειες αυτών των ατόμων για αποχή από το αλκοόλ είναι δυνατόν να τους δημιουργήσει περισσότερα προβλήματα. Σε μελέτες αποτελέσματος διαπιστώθηκαν

σημαντικά οφέλη τόσο από την επιλογή της ελεγχόμενης κατανάλωσης όσο και από την επιλογή της αποχής σε άτομα εξαρτημένα από το αλκοόλ. Αυτό δείχνει ότι ο καλύτερος θεραπευτικός στόχος μπορεί να αποτελεί επιλογή του πελάτη και όχι του θεραπευτή.

## Στέρηση

Η αρχική θεραπεία για όσους αντιμετωπίζουν προβλήματα με το αλκοόλ μπορεί να περιλαμβάνει μια περίοδο στέρησης. Αυτή κατά κανόνα διαρκεί τρεις με τέσσερις ημέρες και υποβοηθείται συνήθως από την χρήση ηρεμιστικών όπως η διαζεπάμη (Stedon), η οποία μετριάξει τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων στέρησης. Μετά από την περίοδο αυτή, οι περισσότεροι άνθρωποι, οι οποίοι πλέον απέχουν από το αλκοόλ, θα υποβληθούν σε μια ή περισσότερες από τις παρεμβάσεις που ακολουθούν.

## Φαρμακευτική θεραπεία

Τα αποστροφικά φάρμακα αποτρέπουν την κατανάλωση, αφού ο συνδυασμός τους με αλκοόλ προκαλεί αδιαθεσία. Το πιο συχνά χρησιμοποιούμενο φάρμακο αυτού του είδους είναι η δισουλφιράμη (Antabuse). Αυτό παρεμποδίζει τη διάσπαση του αλκοόλ πέρα από το ενδιάμεσο μεταβολίτη του, την ακεταλδεύδη. Συσσωρεύεται στο σώμα και προκαλεί αρκετά συμπτώματα, όπως ερυθρίαση προσώπου, πονοκέφαλο, παλλόμενο πόνο στο κεφάλι ή στο στήθος, ναυτία και κάποιες φορές εμετό, περίπου 15-20 λεπτά μετά την κατανάλωση αλκοόλ. Μερικές φορές δίνεται στους ασθενείς δοκιμαστικά μια ποσότητα αλκοόλ, έτσι ώστε να γνωρίσουν τις συνέπειες της κατανάλωσής του. Τα οφέλη της δισουλφιράμης εξαρτώνται από την τακτική της χρήση. Σε περίπτωση επιβολή της χρήσης της φαίνεται να αποτρέπεται σε σημαντικό βαθμό η κατανάλωση αλκοόλ. Είναι όμως λιγότερο αποτελεσματική όταν λαμβάνεται οικειοθελώς. Η χρήση του συγκεκριμένου φαρμάκου ακολουθεί ένα βιολογικό μοντέλο αποχής. Κάποιες μελέτες ωστόσο έχουν αξιολογήσει την αποτελεσματικότητα παρόμοιων σκευασμάτων σε προγράμματα στα οποία οι συμμετέχοντες είχαν την επιλογή να πίνουν περιστασιακά. Διαπιστώθηκε ότι τα φάρμακα αυτά μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν

ως ένας περιστασιακός τρόπος ελέγχου της κατανάλωσης, ιδιαίτερα όταν οι συμμετέχοντες ένωσαν ότι χάνουν τον έλεγχο της ποσότητας του αλκοόλ που καταναλώναν.

Ένας δεύτερος τύπος φαρμακευτικής θεραπείας για την κατάχρηση αλκοόλ προκρίνει τη χρήση ανταγωνιστών των οπιοειδών, όπως η ναλτρεξόνη, που θεωρείται ότι μειώνει την έντονη επιθυμία. Και αυτά τα προγράμματα αντιμετωπίζουν τα ίδια προβλήματα με τα προγράμματα πλήρους αποχής: αν οι άνθρωποι θέλουν να πιούν, απλώς σταματούν να παίρνουν το φάρμακο. Όπως είναι επομένως φυσικό, η συμμόρφωση σε αυτά τα προγράμματα είναι μικρή. Οι Garbutt et al (2005) προσπάθησαν να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα χορηγώντας σε άτομα εξαρτημένα από το αλκοόλ μακράς δράσης ναλτρεξόνη σε ενέσιμη μορφή. Διαπίστωσαν ότι σε διάστημα έξι μηνών 380 mg ναλτρεξόνης μακράς δράσης πέτυχαν κατά 25% μείωση της υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ και 190mg ναλτρεξόνης πέτυχαν κατά 17% μείωση. Ένας άλλος τύπος φαρμάκου που χρησιμοποιείται στη θεραπεία της εξάρτησης από το αλκοόλ είναι αυτός που έχει αναπτυχθεί για τον περιορισμό της έντονης επιθυμίας μέσω της δράσης του στους υποδοχείς GABA. Οι Boothby & Doering (2005) έκαναν μια ανασκόπηση των ευρημάτων και βρήκαν ότι αυτό το φάρμακο έχει σημαντικά αποτελέσματα. Τα ποσοστά των ασθενών που απείχαν εντελώς από το αλκοόλ όταν τους χορηγήθηκε ακαμπροζάτη κατά τα διάφορα στάδια της έρευνας κυμαίνονταν από 18% έως 61% ενώ τα αντίστοιχα ποσοστά στην ομάδα εικονικής παρέμβασης κυμαίνονταν από 4% έως 45%.

## Η μέθοδος των 12 σταδίων

Η μέθοδος των 12 σταδίων είναι το θεραπευτικό πρόγραμμα το οποίο εφαρμόζει η οργάνωση των Ανώνυμων Αλκοολικών. Βασίζεται στην πεποίθηση ότι ο αλκοολισμός είναι μια σωματική, ψυχολογική και πνευματική ασθένεια που δεν μπορεί να θεραπευτεί, αλλά είναι δυνατόν να ελεγχθεί μέσω της πλήρους αποχής από το αλκοόλ. Η οργάνωση παρέχει ένα ισχυρό δίκτυο κοινωνικής υποστήριξης, το οποίο ενθαρρύνει τη συναισθηματική έκφραση και την παραδοχή της αποτυχίας. Οι συμμετέχοντες στις ομαδικές συναντήσεις ενθαρρύνονται να αποδεχθούν ότι είναι αδύναμοι να ελέγξουν την κατανάλωση αλκοόλ, να σταματήσουν τον αγώνα τους και να επιτρέψουν σε μια ανώτερη δύναμη να αναλάβει τον έλεγχο.

Οι εκατομμύρια συμμετέχοντες στις συναντήσεις των Ανώνυμων Αλκοολικών σε ολόκληρο τον κόσμο επιβεβαιώνουν τα πιθανά οφέλη της προσέγγισης αυτής. Τα διαθέσιμα εμπειρικά δεδομένα όμως δεν είναι ξεκάθαρα. Από μια μετα ανάλυση των ερευνών που είχαν πραγματοποιηθεί πριν από τα μέσα του 1990 οι Kownacki & Shadish (1999) κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η παρακολούθηση των συναντήσεων των Ανώνυμων Αλκοολικών απέφερε μέτρια οφέλη, όπως φάνηκε στις μετρήσεις της αποχής, ενώ σε κάποιες έρευνες βρέθηκε ότι ήταν λιγότερο αποτελεσματική από την απουσία θεραπείας ή από άλλες θεραπείες. Τα ιδιαίτερα αρνητικά αποτελέσματα πάντως αφορούσαν άτομα τα οποία είχαν την επιλογή να συμμετάσχουν είτε στους Ανώνυμους Αλκοολικούς είτε σε ποικίλα επίσημα θεραπευτικά προγράμματα που εφαρμόζουν ψυχολογική ή ψυχιατρική θεραπεία. Σε επαναξιολόγηση που έγινε μετά από έναν χρόνο, το 56% των συμμετεχόντων στους Ανώνυμους Αλκοολικούς είτε σε ποικίλα επίσημα θεραπευτικά προγράμματα που εφαρμόζουν ψυχολογική ή ψυχιατρική θεραπεία. Σε επαναξιολόγηση που έγινε μετά από έναν χρόνο το 56% των συμμετεχόντων στους Ανώνυμους Αλκοολικούς εμφάνιζε ένα ήπιο πρότυπο κατανάλωσης αλκοόλ σε σύγκριση με το 33% εκείνων που συμμετείχαν στις επίσημες παρεμβάσεις. Σε επαναξιολόγηση μετά από τρία χρόνια, τα ποσοστά ήταν 64% και 43% αντίστοιχα. Αξίζει να σημειωθεί ότι ενώ οι Ανώνυμοι Αλκοολικοί ακολουθούν ένα μοντέλο πλήρους αποχής, πολλοί άνθρωποι που συμμετείχαν σε αυτή την προσέγγιση έμαθαν να πίνουν σε λογικά πλαίσια.

## Γνωσιακές συμπεριφοριστικές προσεγγίσεις

Έχουν εφαρμοστεί αρκετές αποστροφικές προσεγγίσεις στη θεραπεία των προβλημάτων που συνδέονται με την κατανάλωση αλκοόλ, όπως είναι η παρουσίαση ενός ερεθίσματος σχετικού με το αλκοόλ και η ταυτόχρονη χορήγηση ενός ελαφριού ηλεκτροσόκ ή η πρόκληση αισθήματος πνιγμού με την ενέσιμη χορήγηση σουκκινυλοχολίνης. Οι προσεγγίσεις αυτές έχουν αποδειχθεί στην καλύτερη των περιπτώσεων μέτριας αποτελεσματικότητας τόσο βραχυπρόθεσμα όσο και μακροπρόθεσμα, ενώ σήμερα πλέον είναι και ηθικά αμφισβητήσιμες. Τα πιο πρόσφατα γνωσιακά-συμπεριφοριστικά προγράμματα περιλαμβάνουν εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες και στρατηγικές για την πρόληψη της υποτροπής. Η εκπαίδευση στις κοινωνικές δεξιότητες εστιάζεται στην



εκμάθηση διαπροσωπικών δεξιοτήτων και στην απόκτηση διεκδικητικότητας με στόχο την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση των στρεσογόνων καταστάσεων, την άρνηση της προσφορά αλκοόλ κτλ. Στα προγράμματα πρόληψης υποτροπής προσδιορίζονται οι καταστάσεις υψηλού κινδύνου και το άτομο αναπτύσσει και εξασκεί στρατηγικές που θα το βοηθήσουν να τις αντιμετωπίσει όταν αυτές προκύψουν. Τα προγράμματα αυτά αναπτύσσουν κατά κανόνα στρατηγικές για την αμφισβήτηση των πεποιθήσεων εξάρτησης και την αντιμετώπιση της έντονης επιθυμίας για αλκοόλ. Οι γνωσιακές συμπεριφοριστικές προσεγγίσεις μπορούν να συνδυαστούν με φαρμακευτική αγωγή. Οι Feeney et al. (2002), σε μια μελέτη με άτομα που διέτρεχαν υψηλό κίνδυνο υποτροπής, ανέφεραν ποσοστό αποχής 14% στην ομάδα του γνωσιακού συμπεριφοριστικού προγράμματος πρόληψης υποτροπών και 38% στην ομάδα της γνωσιακής συμπεριφοριστικής θεραπείας που συνδυάστηκε με τη λήψη ακαμπροζάτης.

Πολύ συχνά η υποτροπή συνδέεται με την ύπαρξη συζυγικών προβλημάτων, και αντίστοιχα αποτρέπεται από ένα ισχυρό συζυγικό δεσμό. Γι αυτό το λόγο κάποια προγράμματα προβλέπουν και τη συμμετοχή του ή της συντρόφου του ατόμου που πίνει, όπου αυτό είναι εφικτό. Οι O' Farrell & Fals-Stewart (2000) περιέγραψαν μια παρέμβαση που είχε στόχο την αύξηση της επικοινωνίας και των δεξιοτήτων επίλυση προβλημάτων σε ζευγάρια. Το άτομο με το πρόβλημα χρήσης αλκοόλ και ο/η σύντροφος έμαθαν στρατηγικές για τη μείωση της κατανάλωσης αλκοόλ, οι οποίες αφορούσαν την αλλαγή της συμπεριφορά του συντρόφου που μπορεί να προκαλέσει τη χρήση αλκοόλ, την εξεύρεση νέων τρόπων συζήτησης του προβλήματος με το αλκοόλ και των καταστάσεων που συνδέονται με αυτό, καθώς και νέες αντιδράσεις απέναντι στην κατανάλωση αλκοόλ του συντρόφου. Ένα μεταγενέστερο στάδιο της θεραπείας εστιάστηκε στο είδος και στην ποιότητα της επικοινωνίας μεταξύ των συντρόφων. Σε μια ανασκόπηση των ευρημάτων, οι O' Farrell & Fals-Stewart (2000) κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η προσέγγιση ήταν σταθερά πιο αποτελεσματική από την ατομική θεραπεία στις μετρήσεις της κατανάλωσης αλκοόλ, της αποχής, των προβλημάτων που συνδέονται με το αλκοόλ και της ποιότητας των συζυγικών σχέσεων.

## Βραχείες Θεραπείες

Κάποια άτομα που αντιμετωπίζουν πρόβλημα με το αλκοόλ μπορεί να βοηθηθούν από σχετικά βραχείας διάρκειας παρεμβάσεις. Ο Chick (1991) θεώρησε ότι οι νοσηλεύόμενοι στο νοσοκομείο ασθενείς έχουν κατά πάσα πιθανότητα ισχυρό κίνητρο να βελτιώσουν τη γενική τους υγεία και έτσι εξέτασε κάποιους από αυτούς για υψηλά επίπεδα κατανάλωσης αλκοόλ. Όσοι ανέφεραν προβλήματα σχετιζόμενα με το αλκοόλ τοποθετήθηκαν με τυχαίο τρόπο σε δυο ομάδες: είτε σε μια συνεδρία συμβουλευτικής, η οποία συνοδεύεται και από ένα φυλλάδιο που περιέγραφε αναλυτικά πως να μειώσουν την κατανάλωση αλκοόλ, είτε σε μια ομάδα που δεν υποβλήθηκε καθόλου σε θεραπεία. Έναν χρόνο μετά, η κατανάλωση αλκοόλ στα άτομα της ομάδας συμβουλευτικής βρέθηκε ότι ήταν χαμηλότερη σε σύγκριση με αυτή στην ομάδα ελέγχου. Παρόμοια ευρήματα βλέπουμε και σε άλλες έρευνες οι οποίες αξιολόγησαν την αποτελεσματικότητα μιας παρέμβασης σχεδιασμένης να αυξήσει το κίνητρο για μείωση της κατανάλωσης αλκοόλ σε εφήβους, οι οποίοι προσέρχονταν στο τμήμα επειγόντων περιστατικών μετά από ατύχημα εξαιτίας της υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ. Στα άτομα που δέχθηκαν την παρέμβαση σημειώθηκαν λιγότερα περιστατικά οδήγησης μετά την κατανάλωση αλκοόλ, λιγότερες παραβιάσεις του κώδικα οδικής κυκλοφορίας, λιγότεροι τραυματισμοί σχετιζόμενοι με την κατανάλωση αλκοόλ και λιγότερα προβλήματα συνδεδεμένα με το αλκοόλ κατά τη διάρκεια του επόμενου έτους σε σύγκριση με τα άτομα στα οποία δεν εφαρμόστηκε καμία παρέμβαση. Αποτελεσματική έχει αποδειχθεί και μια παρόμοια παρέμβαση, η οποία εφαρμόζεται από συνομηλίκου αντί των επαγγελματιών υγείας.

Η παρέμβαση των Monti & Bazargan – Hejazi (2005) είναι γνωστή ως κινητοποιητική συνέντευξη. Ο πρωταρχικός στόχος της είναι να ενθαρρύνει τους συμμετέχοντες να διερευνήσουν τις θετικές και αρνητικές τους πεποιθήσεις για μια συγκεκριμένη συμπεριφορά ή αλλαγή στη συμπεριφορά. Η διαδικασία αυτή επιδιώκει να ενεργοποιήσει μια κατάσταση γνωστικής ασυμφωνίας, στην οποία το άτομο βρίσκεται αντιμέτωπο με δύο ομάδες αντικρουόμενων πεποιθήσεων και στάσεων για ένα συγκεκριμένο ζήτημα. Σύμφωνα με τη θεωρία της γνωστικής ασυμφωνίας, αυτή είναι η δυσάρεστη κατάσταση που ωθεί σε γνωστική επεξεργασία με στόχο τη μείωση της δυσφορίας. Η κατάληξη μπορεί να είναι η απόρριψη των εξεταζόμενων επιχειρημάτων ή η υιοθέτηση νέων πεποιθήσεων και συμπεριφορών, εν προκειμένω η μείωση της κατανάλωσης αλκοόλ. Οι Burke et al (2003) από τη μετά ανάλυση που πραγματοποίησαν αναφορικά με την

αποτελεσματικότητα αυτής της παρέμβασης, βρήκαν ότι η συγκεκριμένη προσέγγιση οδήγησε σε μείωση της κατανάλωσης κατά 56%

Αποτελεσματική στη μείωση της κατανάλωσης αλκοόλ από προβληματικούς πότες αποδείχθηκε και μια εκτεταμένη παρέμβαση, η οποία βασίζεται στην αύξηση και διατήρηση του κινήτρου για αλλαγή. Οι Sellman et al (2001) συνέκριναν την αποτελεσματικότητα της κινητοποιητικής θεραπείας, της μη κατευθυντικής ενεργητικής ακρόασης και της απουσίας θεραπεία σε άτομα με προβληματική κατανάλωση αλκοόλ. Ο στόχος ήταν η ελεγχόμενη κατανάλωση αλκοόλ και το κριτήριο η συχνότητα της σοβαρής επεισοδιακής κατανάλωσης αλκοόλ. Σε αξιολόγηση που έγινε 6 μήνες μετά τη λήξη της παρέμβασης, το 43% των ατόμων από την ομάδα της κινητοποιητικής θεραπείας είχε προβεί σε σοβαρή επεισοδιακή κατανάλωση αλκοόλ έναντι του 63% των ατόμων των δυο άλλων ομάδων.

## Η έρευνα MATCH

Παρά τις διαφορές στη φιλοσοφία και στις στρατηγικές που εμφανίζουν οι θεραπευτικές προσεγγίσεις, η αποτελεσματικότητά τους φαίνεται να είναι παρόμοια. Η μεγαλύτερη μελέτη παρέμβασης για το αλκοόλ που έχει διεξαχθεί μέχρι τώρα, στην οποία συμμετείχαν 1.500 άτομα, (Project MATCH Research Group, 1998), εντόπισε μικρές διαφορές στην αποτελεσματικότητα ορισμένων παρεμβάσεων, όπως η κινητοποιητική θεραπεία, η γνωσιακή-συμπεριφοριστική προσέγγιση και η μέθοδος των 12 σταδίων. Σε επαναξιολόγηση που έγινε μετά από έναν χρόνο, το 35% όλων των συμμετεχόντων ανέφερε πλήρη αποχή κατά τη διάρκεια του προηγούμενου διαστήματος, ενώ ένα επιπλέον 25% ανέφερε ότι δεν είχε καταναλώσει μεγάλη ποσότητα αλκοόλ για περισσότερες από δυο συνεχόμενες ημέρες, μέτρηση που θεωρήθηκε ότι αντανάκλα κάποιον βαθμό ελέγχου της κατανάλωσης αλκοόλ. Σε επαναξιολογήσεις που έγιναν μετά από ένα και τρία χρόνια, δεν βρέθηκαν και πάλι διαφορές μεταξύ των τριών ομάδων παρέμβασης. Ο βασικός σκοπός της έρευνας ωστόσο ήταν να προσδιορίσει ποια άτομα ανταποκρίθηκαν καλύτερα σε κάθε θεραπεία. Βρέθηκαν τέσσερις τέτοιες συσχετίσεις. Τα άτομα που ξεκίνησαν τη θεραπεία με υψηλά επίπεδα θυμού επωφελήθηκαν περισσότερο από την κινητοποιητική θεραπεία, οφέλη τα οποία διατηρούνται και στην επαναξιολόγηση που έγινε τρία χρόνια μετά. Τα άτομα των οποίων το σύστημα κοινωνικής υποστήριξης ενίσχυε τη συνέχιση της κατανάλωσης αλκοόλ

και όχι την αποχή, τα οποία εμφάνιζαν υψηλότερα επίπεδα εξάρτησης και μεγαλύτερα προβλήματα ψυχικής υγείας, επωφελήθηκαν περισσότερο από τη μέθοδο των 12 σταδίων. Τέλος τα άτομα με χαμηλότερα επίπεδα εξάρτησης ωφελήθηκαν περισσότερο από τη γνωσιακή συμπεριφοριστική θεραπεία.

## Επιπλοκές

Ο αλκοολισμός μπορεί να βλάψει τη σωματική και συναισθηματική υγεία του ατόμου και να οδηγήσει σε ένα ευρύ φάσμα κοινωνικών προβλημάτων. Τα ιατρικά προβλήματα ποικίλλουν από την καλοήγη λιπώδη διήθηση του ήπατος έως την κεραυνοβόλο ηπατική ανεπάρκεια. Σχεδόν όλα τα οργανικά συστήματα πλήττονται από την βαριά κατανάλωση αλκοόλ. Το γαστρεντερικό σύστημα πλήττεται ιδιαίτερος και στα πρώιμα συμπτώματα περιλαμβάνεται η γαστρίτιδα και οι διάρροιες. Είναι δυνατόν να αναπτυχθούν επίσης πεπτικά έλκη ή, εάν αυτά υπάρχουν ήδη να επιδεινωθούν από την άμεση τοπική δράση του αλκοόλ στον βλεννογόνο. Η λιπώδης διήθηση του ήπατος διαπιστώνεται σε όλα σχεδόν τα άτομα που πάσχουν από αλκοολισμό, ενώ η κίρρωση αναπτύσσεται στο 10% περίπου των ατόμων που κάνουν βαριά κατανάλωση αλκοόλ. Είναι δυνατόν επίσης να αναπτυχθεί παγκρεατίτιδα, που οδηγεί σε διαταραχές στη λειτουργία της πέψης ή σε σακχαρώδη διαβήτη. Μυοκαρδιοπάθεια, θρομβοπάθεια, αναιμία και μυοπάθεια έχουν επίσης αναφερθεί.

Το κεντρικό και περιφερικό νευρικό σύστημα είναι δυνατόν να υποστούν βλάβη από τις άμεσες και έμμεσες επιδράσεις του αλκοόλ. Η περιφερική πολυνευροπάθεια εμφανίζεται συνήθως με κατανομή δίκην γαντιών-καλτσών, πιθανώς ως αποτέλεσμα μιας προκαλούμενης από το αλκοόλ ανεπάρκειας της βιταμίνης Β. Είναι δυνατόν επίσης να προκληθεί βλάβη της παρεγκεφαλίας που προκαλεί δυσαρθρία και αταξία. Το σύνδρομο Wernicke-Korsakoff εμφανίζεται όταν εμμένει η έκπτωση της μνήμης και των άλλων γνωστικών λειτουργιών, αν και μπορεί να είναι αναστρέψιμο στο ένα τρίτο των ασθενών. Το σύνδρομο περιλαμβάνει οπισθόδρομη/παλίνδρομη αμνησία που χαρακτηρίζεται από την παρουσία μυθοπλασιών, κατά τις οποίες ο ασθενής επινοεί ιστορίες για να καλύψει μνημονικά κενά. Το σύνδρομο συνδέεται με νεκρωτικές βλάβες των μαστίων, των θαλάμων και άλλων περιοχών στο εγκεφαλικό στέλεχος.

Τα άτομα με βαρύ αλκοολισμό είναι δυνατόν να αναπτύξουν γνήσια άνοια ως αποτέλεσμα είτε της ανεπάρκειας βιταμινών είτε των άμεσων επιδράσεων του αλκοόλ, αν

και η ακριβής αιτία παραμένει άγνωστη. Ο χρόνιος αλκοολισμός έχει συνδεθεί επίσης με διάταση των κοιλιών και διεύρυνση των αυλάκων του εγκεφάλου, βλάβες που μπορεί να είναι μερικώς αναστρέψιμες όταν το άτομο διακόψει την κατανάλωση αλκοόλ. Η προσεκτική εξέταση των ατόμων που πάσχουν από αλκοολισμό με ειδικές νευροψυχολογικές δοκιμασίες αποκαλύπτει ήπια έως μέτριας βαρύτητας γνωστικά ελλείμματα τα οποία, όπως κι οι δομικές βλάβες, είναι μερικώς αναστρέψιμα με την αποχή από το αλκοόλ.

Η κατανάλωση αλκοόλ είναι μια συχνή αιτία τραυματισμών και ευθύνεται για περισσότερους από τους μισούς θανάτους εξαιτίας αυτοκινητιστικών δυστυχημάτων κάθε χρόνο. Οι οικιακοί τραυματισμοί είναι επίσης συνήθεις. Κάτι τέτοιο είναι αναμενόμενο, καθώς τα άτομα που πάσχουν από αλκοολισμό έχουν συχνά μυϊκή αδυναμία, αστάθεια, και είναι επιρρεπή σε ατυχήματα και πτώσεις, που έχουν ως αποτέλεσμα εκχυμώσεις, κατάγματα και τραύματα. Υποσκληρίδια αιματώματα συμβαίνουν συχνά σε πολλά ηλικιωμένα άτομα που πάσχουν από αλκοολισμό μετά από πτώσεις που προκαλούν κρανιοεγκεφαλική κάκωση. Η πρόσκρουση προκαλεί ρήξη των αναστομωτικών φλεβών στο κρανίο.

Η συχνότητα διαφόρων μορφών καρκίνου, όπως της στοματικής κοιλότητας, της γλώσσας, του λάρυγγα, του οισοφάγου, του στομάχου, του ήπατος και του παγκρέατος είναι επίσης αυξημένοι στα άτομα που πάσχουν από αλκοολισμό. Ο ακριβής ρόλος του αλκοόλ στην εμφάνιση των καρκίνων αυτών δεν μπορεί να καθοριστεί επακριβώς, διότι υπεισέρχεται και η επίδραση του καπνίσματος. Το αλκοόλ βλάπτει τη σεξουαλική λειτουργία στον άνδρα και μπορεί να προκαλέσει ανικανότητα και να επηρεάσει τη γονιμότητα εξαιτίας της μείωσης των επιπέδων τεστοστερόνης. Τα αυξημένα επίπεδα θηλυκών ορμονών ενδέχεται να προκαλέσουν διόγκωση των μαστών και θηλεοποίηση των δευτερογενών χαρακτηριστικών του φύλου στους άνδρες.

Στις ψυχιατρικές επιπλοκές του αλκοολισμού περιλαμβάνονται η οξεία τοξίκωση (μέθη), οι διαταραχές που σχετίζονται με τη απόσυρση του αλκοόλ, αμνησιακά σύνδρομα ή/και συνδεόμενη με το αλκοόλ άνοια. Η κατάθλιψη εμφανίζεται σε ποσοστό έως και 60% των ατόμων που πάσχουν από αλκοολισμό. Το ίδιο το αλκοόλ ως ουσίας μπορεί να προκαλέσει κατάθλιψη εξαιτίας των άμεσων επιδράσεών του στον εγκέφαλο. Η κατάθλιψη συμβάλλει σε αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας, η οποία επισυμβαίνει σε 2-3% των ατόμων που πάσχουν από αλκοολισμό. Τα άτομα που βρίσκονται σε υψηλότερο κίνδυνο αυτοκτονίας είναι εκείνα που έχουν ιστορικό διαπροσωπικής απώλειας κατά τη διάρκεια του προηγούμενου χρόνου και ιδίως απώλεια ενός πολύ κοντινού προσώπου.

Άλλα προβλήματα που συνδέονται με τον αλκοολισμό αφορούν κυρίως στον κοινωνικό και επαγγελματικό τομέα: συζυγικά και οικογενειακά προβλήματα που ενδέχεται

να οδηγήσουν σε ενδοοικογενειακή βία, διάσταση και διαζύγιο. Προβλήματα στην εργασία όπως απουσίες και απώλεια εργασίας. Προβλήματα με τον νόμο προκύπτουν από συλλήψεις για παραβατική συμπεριφορά λόγω μέθης, οδήγηση υπό την επήρεια αλκοόλ, ή διαπληκτισμούς σε μπάρ. Ο αλκοολισμός αυξάνει επίσης τον κίνδυνο κατάχρησης άλλων ουσιών ή εξάρτησης από άλλες.

## Χρήση ηρωίνης

Τα οπιούχα είναι μια ομάδα ναρκωτικών ουσιών που προέρχονται από την οπιούχο παπαρούνα. Τα βασικά παράγωγά της, κατά σειρά ισχύος και εξάρτησης είναι το όπιο, η μορφίνη και η ηρωίνη. Η πιο ευρέως χρησιμοποιούμενη μορφή της ναρκωτικής ουσίας είναι η ηρωίνη. Παλιότερα χρησιμοποιούνταν κυρίως ως ηρεμιστικό, αλλά η μη φαρμακευτική χρήση των κάθε είδους οπιοειδών είναι πλέον παράνομη σε όλο τον κόσμο. Η λήψη ηρωίνης προκαλεί έντονα αισθήματα ζεστασιάς, χαλάρωσης και ευφορίας. Το άτομο ξεχνά τις έγνοιες, τους φόβους και τις ανησυχίες του και νιώθει μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση. Το αίσθημα αυτό διαρκεί από 4 έως 6 ώρες, μέχρι να περάσει η δράση της ουσίας. Όταν το άτομο εξαρτηθεί από τη ναρκωτική ουσία, η στέρηση συνήθως ξεκινά περίπου 8 ώρες μετά τη χορήγηση της ένεσης και προκαλεί μυϊκούς πόνους, εφίδρωση, φτέρνισμα και ακατάσχετο χασμουρητό. Μέσα σε 36 ώρες τα συμπτώματα γίνονται πολύ έντονα και περιλαμβάνουν μη ελεγχόμενους μυϊκούς σπασμούς, κράμπες ρίγη, εφίδρωση και αύξηση του καρδιακού παλμού. Το άτομο δεν μπορεί να κοιμηθεί, κάνει εμετό και έχει διάρροια. Αυτά τα συμπτώματα διαρκούν περίπου 72 ώρες και στη συνέχεια μειώνονται σταδιακά μέσα σε διάστημα 5 έως 10 ημερών.

Για προφανείς λόγους, η εκτίμηση της χρήσης ηρωίνης στον γενικό πληθυσμό είναι δύσκολη. Έχουν γίνει πάντως αρκετές εκτιμήσεις μέσω της συγκεντρώσεως στοιχείων από διάφορες πηγές, όπως είναι ο αριθμός των ατόμων που βρίσκονται σε θεραπεία, τα αρχεία της αστυνομίας, τα ποσοστά θνησιμότητας και/ή τα ποσοστά AIDS. Από αυτού του είδους τα δεδομένα οι Kraus et al (2003) επιχείρησαν να κάνουν μια εκτίμηση της επικράτησης της λήψης ναρκωτικών ουσιών σε ενέσιμη μορφή (συνήθως οπιούχα, αν και περιλαμβάνονται επίσης οι αμφιταμίνες) στον πληθυσμό διαφορετικών χωρών της Ευρώπης, που ανέρχεται περίπου στο 0,26% για τον πληθυσμό της Γερμανίας και στο 0,48% για τον πληθυσμό του

Λουξεμβούργου. Οι Bargagli et al (2006) εκτίμησαν ότι τα ποσοστά θνησιμότητας από την υπερβολική δόση ναρκωτικών ουσιών και από το AIDS λόγω της χρήσης οπιούχων ήταν υψηλότερη στη Βαρκελώνη, με αναλογία 10 θανάτων ανά 1.000 άτομα τον χρόνο. Άλλες χώρες όπως η Ιταλία, το Ηνωμένο Βασίλειο και η Αυστρία εμφανίζουν αναλογίες περίπου 7 θανάτων στα 1.000 άτομα ετησίως.

Κατά τη δεκαετία του 1960 και έως τις αρχές της δεκαετίας του 1990 η χορήγηση της ηρωίνης γινόταν κατά κύριο λόγο με ενδοφλέβια ένεση. Στις μέρες μας συνήθως καπνίζεται. Στο Δουβλίνο, σε έρευνα των Smyth et al. (2000) ανέφεραν ότι ο αριθμός των νεοεισαχθέντων σε κλινικές απεξάρτησης από το 1991 έως το 1996 αυξήθηκε κατά 330%. Κατά τη διάρκεια αυτού του χρονικού διαστήματος η ηλικία έναρξης της χρήσης ηρωίνης σημείωσε πτώση και οι χρήστες της ήταν πιο πιθανό να την καπνίζουν παρά να τη λαμβάνουν ενδοφλέβια. Η αλλαγή στη λήψη της ηρωίνης από ενέσιμη μορφή σε μορφή που καπνίζεται συνδέεται με αύξηση της επίδρασης της ουσίας και της αντιλαμβανόμενης αποτελεσματικότητας σε σχέση με το κόστος. Τα άτομα που καπνίζουν ηρωίνη είναι πιο πιθανό να εργάζονται, να έχουν μικρότερη ηλικία, να κάνουν λιγότερη χρήση άλλων ουσιών, να έχουν υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο και να εμφανίζουν βραχύτερο χρονικά ιστορικό χρήσης σε σύγκριση με τα άτομα που τη λαμβάνουν ενδοφλέβια. Τον τρόπο χρήσης της ηρωίνης είναι δυνατόν να επηρεάσουν και οι πολιτισμικές διαφορές. Οι Golub & Johnson (2005), για παράδειγμα, βρήκαν ότι στη Νέα Υόρκη οι μαύροι και οι ισπανικής καταγωγής άνδρες ήταν πιο πιθανό να καπνίζουν ηρωίνη, ενώ οι λευκοί συνέχιζαν να την λαμβάνουν ενδοφλέβια.

Οι περισσότεροι χρήστες ηρωίνης κάνουν χρήση και άλλων ναρκωτικών ουσιών. Οι Beswick et al (2001) ανέφεραν ότι το 60% του δείγματός τους, το οποίο αποτελούνταν από άτομα μια κλινικής αποτοξίνωσης του Λονδίνου, έκανε επίσης χρήση κοκαΐνης κρακ, το 58% κατανάλωνε αλκοόλ, το 11% έκανε χρήση διαζεπάμης, το 9% μεθαδόνης και το 8% χρησιμοποιούσε κοκαΐνη σε σκόνη παράλληλα με την ηρωίνη. Αξιοσημείωτα είναι τα ευρήματα των Degenhardt et al (2005) αναφορικά με την εναλλαγή της χρήσης αρκετά διαφορετικών ναρκωτικών ουσιών, όπως η ηρωίνη, η μεθαμφεταμίνη και η κοκαΐνη, ανάλογα με τη διαθεσιμότητα και την τιμή τους.

## ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

### Γενετικοί παράγοντες

Παρόλο που οι περιβαλλοντικοί παράγοντες παίζουν κυρίαρχο ρόλο στην ανάπτυξη της εξάρτησης από ναρκωτικές ουσίες, υπάρχουν ενδείξεις για γενετική ευαλωτότητα στην κατάχρηση ουσιών, η οποία συντελείται μέσω δύο οδών. Η πρώτη οδός που οδηγεί στην εξάρτηση από ουσίες είναι η άμεση. Οι Cadoret et al βρήκαν ότι τα παιδιά των γονέων που κάνουν κατάχρηση ή είναι εξαρτημένοι από το αλκοόλ, τα οποία είχαν δοθεί για υιοθεσία, ήταν τρεις φορές πιο πιθανό να αναπτύξουν εξάρτηση από ουσίες συγκριτικά με τα παιδιά γονέων χωρίς ανάλογο ιστορικό. Αυτό το δεδομένο υποδηλώνει ότι είναι πιο πιθανό να υπάρχει ένα γονίδιο για την επιρρεπή σε εξαρτήσεις προσωπικότητα παρά ένα άλλο το οποίο να εξηγεί ειδικά την εξάρτηση από τα οπιούχα. Η δεύτερη, έμμεση οδός προς την εξάρτηση προσδιορίστηκε από τον Cadoret και σχετίζεται με τις γενετικές συνδέσεις της αντικοινωνικής συμπεριφοράς, που οδηγούν σε επιθετικότητα, την διαταραχή διαγωγής, την αντικοινωνική προσωπικότητα και τελικά στην κατάχρηση ναρκωτικών ουσιών ή αλκοόλ. Όπως συμβαίνει και με τον εθισμό από το αλκοόλ, το γονίδιο ντοπαμίνης DRD2 μπορεί να παίζει ρόλο στον καθορισμό του κινδύνου εξάρτησης από οπιούχα, παρόλο που ενδέχεται να έχει διαφορετική δράση σε διαφορετικούς φαινότυπους. Οι Xu et al (2004) βρήκαν ότι οι παραλογές του γονιδίου συνήθως αυξάνουν την ευαλωτότητα στην εξάρτηση στους Κινέζους, αλλά σχετίζονται με χαμηλό κίνδυνο εξάρτησης στους Γερμανούς. Υπάρχουν και άλλα γονίδια που μπορεί να παίζουν ρόλο στην εξάρτηση από τα οπιούχα, όπως τα γονίδια που εμπλέκονται στη σεροτονινεργική και την ενδορφινική δραστηριότητα.



## Βιολογικοί παράγοντες

Όπως συμβαίνει και με το αλκοόλ, η δράση των οπιούχων προκύπτει από την επίδρασή τους στα συστήματα της ντοπαμίνης στο κέντρο της ευχαρίστησης. Ένας δεύτερος μηχανισμός επίδρασης τους στη διάθεση είναι μέσω της χημικής ομοιότητας τους με τις ενδορφίνες και τις εγκεφαλίνες. Οι ουσίες αυτές μετριάζουν το αίσθημα του πόνου και παράγουν αισθήματα ευφορίας: συμβάλλουν, για παράδειγμα, στο αίσθημα ευφορίας του δρομέα που συνοδεύει την έντονη και παρατεταμένη σωματική άσκηση. Τα οπιούχα δεσμεύονται στους ίδιους υποδοχείς με τις ενδορφίνες και τις εγκεφαλίνες, προκαλώντας μια κατάσταση ευφορίας, ενώ παράλληλα έχουν ηρεμιστική δράση. Και οι δυο ουσίες υπάρχουν σε ολόκληρο τον εγκέφαλο, παρόλο που εμφανίζονται σε μεγαλύτερη συγκέντρωση στον μεσεγκέφαλο, τον υποθάλαμο, τον θάλαμο αλλά και τον νωτιαίο μυελό. Η τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων των υποδοχέων οπιοειδών στον ανθρώπινο εγκέφαλο δείχνει ότι υπάρχει μεγαλύτερη συγκέντρωση αυτών των ουσιών στον θάλαμο, ο οποίος ρυθμίζει τον πόνο, μέσω συγκέντρωσης στα βασικά γάγγλια, τα οποία παίζουν σημαντικό ρόλο στην κίνηση και στα συναισθήματα, και χαμηλά επίπεδα στον οπτικό φλοιό. (Lingford-Hughes, 2005).

## Κοινωνικοπολιτισμικοί παράγοντες

Μόνο το 20% περίπου των ατόμων που ξεκινούν τη χρήση ναρκωτικών ουσιών έχουν πρωταρχικό τους στόχο την επίτευξη ευχαρίστησης. Στο λόγους χρήσης της ηρωίνης συγκαταλέγονται η φαρμακευτική αυτοίαση, η κοινωνική πίεση και η αναζήτηση νοήματος ή μυστικιστικών εμπειριών. Υπάρχουν ενδείξεις για χρήση ηρωίνης ως μέσου φαρμακευτική αυτοίασης ή ως τρόπου μείωσης του στρες σε έρευνες οι οποίες διαπιστώνουν υψηλότερα ποσοστά χρήσης ηρωίνης σε πληθυσμούς που ζουν σε στρεσογόνο περιβάλλον. Το πιο δραματικό ίσως παράδειγμα αυτού του φαινομένου είναι το ποσοστό του 40% των Αμερικανών στρατιωτών που έκαναν χρήση ηρωίνης κατά τη διάρκεια του πολέμου στο Βιετνάμ. Από αυτούς μόνο το 1% συνέχισε τη χρήση όταν επέστρεψε στις Ηνωμένες Πολιτείες. Πρόσθετη υποστήριξη αυτής της υπόθεσης μπορεί να βρεθεί στα υψηλά επίπεδα χρήσης ηρωίνης και άλλων ναρκωτικών ουσιών σε άτομα με πολύ διαφορετικές διαταραχές, όπως είναι το μετατραυματικό στρες, οι διαταραχές πρόσληψης τροφής και η σχιζοφρένεια.

Στη χρήση ηρωίνης όμως μπορεί κανείς να φθάσει και μέσω της προοδευτικής χρήσης άλλων ναρκωτικών ουσιών: πολλοί χρήστες αναζητούν έναν διαφορετικό τρόπο να «φτιαχτούν» ή θέλουν να βιώσουν μια διαφορετική εμπειρία από όσες είχαν ως εκείνη τη στιγμή. Η χρήση μπορεί να κλιμακωθεί μέχρι την κατάχρηση και εν συνεχεία στην εξάρτηση, η οποία χαρακτηρίζεται από την αυξημένη ανοχή στη ναρκωτική ουσία, την καταναγκαστική λήψη της και τα συμπτώματα στέρησης σε περίπτωση που δεν λαμβάνεται τακτικά. Η από κοινού χρήση βελόνων αποτελεί σχετικά συχνό φαινόμενο και μπορεί να εμπεριέχει κοινωνικά ή τελετουργικά στοιχεία. Για πολλά εξαρτημένα άτομα η διατήρηση της συνήθειας της χρήσης μπορεί να είναι δαπανηρή και να ξεπερνά τις οικονομικές τους δυνατότητες, ιδιαίτερα αφού κάποιοι δυσκολεύονται να παραμείνουν σε μια εργασία ή επιλέγουν να μην εργάζονται. Έτσι δεν αποκλείεται η χρήση ουσιών να διατηρείται μέσω της κλοπής: περισσότερο από το 95% των Αμερικανών που είναι εξαρτημένοι από τα οπιούχα ανέφεραν ότι έχουν διαπράξει εγκλήματα προκειμένου να συνεχίσουν τη χρήσης. Πολλοί χρήστες δεν μπορούν να διατηρήσουν μια εργασία, επειδή το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας αναζητούν τη ναρκωτική ουσία και στη συνέχεια τη λαμβάνουν. Αυτή η πορεία της εξάρτησης χαρακτηρίζεται συχνά από κύκλους διακοπής της χρήσης και υποτροπών, που μπορεί να διαρκούν πολλά χρόνια. Ποσοστό που ανέρχεται στο ένα τέταρτο με ένα τρίτο των χρηστών θα πεθάνει από αιτία συνδεδεμένη με τη χρήση, συνήθως από υπερβολική δόση.

## Ψυχολογικοί παράγοντες

Οι ψυχολογικοί παράγοντες που σχετίζονται με τη χρήση οπιούχων είναι παρόμοιοι με αυτού που εμπλέκονται στην κατανάλωση αλκοόλ. Δηλαδή η απόλαυση που προέρχεται από τη λήψη της ουσίας εδραιώνει μια διαδικασία συντελεστικής εξαρτημένης μάθησης, κατά την οποία το άτομο ανταμείβεται για τη χρήση της ουσίας μέσω των ευχάριστων συνεπειών της, της μείωσης της έντασης που συνδέεται με τη χρήση της και της αποφυγής των συμπτωμάτων στέρησης. Η κλασική εξαρτημένη μάθηση πυροδοτεί την έντονη επιθυμία του ατόμου για ηρωίνη όταν βρίσκεται σε καταστάσεις παρόμοιες με εκείνες της προηγούμενης χρήσης. Αυτές οι εξαρτημένες αντιδράσεις είναι ισχυρές και διατηρούνται με τη πάροδο του χρόνου. Ο Meyer ανέφερε ότι η θέα μια σύριγγας μπορεί να μειώσει την ένταση των συμπτωμάτων στέρησης στα άτομα που βρίσκονται σε απεξάρτηση από τη ηρωίνη. Αντιστρόφως, τα ερεθίσματα που έχουν συνδεθεί με τη στέρηση μπορεί να πυροδοτήσουν τα

συμπτώματα της ακόμη και χρόνια μετά τη διακοπή της χρήσης ηρωίνης. Εκτός από τους συμπεριφορικούς, υπάρχουν και γνωσιακοί παράγοντες που εμπλέκονται στις προσδοκίες για την ευχαρίστηση και τους φόβους της στέρησης.

Σύμφωνα με τη θεωρία της αντίπαλης διεργασία του Solomon οι νευρολογικοί μηχανισμοί που προκαλούν ευχάριστα συναισθήματα έχουν ένα αποτέλεσμα παλινδρόμησης, κατά το οποίο η ευφορία που προκαλείται από τη χρήση μιας ουσίας ακολουθείται αναπόφευκτα από κάποιες αρνητικές συνέπειες (το στοιχείο της αντίπαλης διεργασίας), κάνοντας το άτομο να νιώθει χειρότερα από ό, τι συνήθως. Έτσι το άτομο κινητοποιείται πολύ περισσότερο από την ανάγκη να αποφύγει αυτές τις αρνητικές συνέπειες παρά από την αρχική ευχαρίστηση που συνδέεται με την ουσία. Υπάρχουν σαφή στοιχεία ότι πολλοί χρήστες ναρκωτικών ουσιών εμφανίζουν έντονο άγχος και κατάθλιψη με την πάροδο του χρόνου, παρότι δεν έχουν ακόμη διερευνηθεί με συστηματικό τρόπο οι συγκεκριμένες ενδείξεις για τους νευρολογικούς μηχανισμούς που υπέδειξε ο Solomon.

## Θεραπεία της χρήσης ηρωίνης

Οι προσεγγίσεις για την ελαχιστοποίηση των συνεπειών: η κοινωνικοπολιτισμική προσέγγιση

Οι στρατηγικές που εφαρμόζονται για την ελαχιστοποίηση των συνεπειών δεν προσπαθούν να θεραπεύσουν τον εθισμό. Πρωτίστως επιδιώκουν να μειώσουν τις συνέπειες που σχετίζονται με τη συνεχή χρήση ναρκωτικών ουσιών, είτε αντικαθιστώντας τη χρήση της ηρωίνης με μια πιο ασφαλή φαρμακευτική αγωγή που λαμβάνεται από το στόμα η οποία είναι γνωστή ως μεθαδόνη, είτε μειώνοντας τον κίνδυνο μόλυνσης και διασφαλίζοντας ότι η ενδοφλέβια χρήση της ηρωίνης γίνεται με καθαρές σύριγγες.

Σταθεροποίηση με τη χρήση μεθαδόνης. Η μεθαδόνη είναι ανταγωνιστής των οπιοειδών. Τα προγράμματα μεθαδόνης παρέχουν στους χρήστες οπιοειδών ένα φάρμακο που λαμβάνεται από το στόμα, το οποίο δεν τους προκαλεί την ίδια ευφορία με τα οπιοειδή, αλλά αποτρέπει την εμφάνιση των συμπτωμάτων στέρησης που προκύπτουν από τη διακοπή των οπιούχων. Η χρήση της στοχεύει αφενός στην αποτροπή των κινδύνων που προκύπτουν από την κοινή

χρήση συριγγών και από τη λήψη υπερβολικής δόσης και αφετέρου στη μείωση των συμπτωμάτων στέρησης όταν τα άτομα αυτά αναζητούν βοήθεια, αφού αυτή η περίοδος της ζωής τους ενδέχεται να είναι ιδιαίτερα χαοτική. Η μεθαδόνη μπορεί να χορηγείται για διάστημα ενός έτους ή και περισσότερο, κατά τη διάρκεια του οποίου το άτομο αναμένεται να σταθεροποιήσει τη ζωή του και να προετοιμαστεί για την επικείμενη διακοπή της. Τα άτομα που λαμβάνουν μεθαδόνη συνήθως προσέρχονται καθημερινά σε ένα κέντρο ημέρας. Εκεί τους παρέχεται αρκετή ποσότητα μεθαδόνης που θα τους καλύψει μέχρι την επόμενη ημέρα. Στόχος των καθημερινών επισκέψεων είναι αφενός να διατηρηθεί η επαφή του χρήστη με τις υποστηρικτικές υπηρεσίες και αφετέρου να αποτραπεί η πώληση της μεθαδόνης στη μαύρη αγορά. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, η μεθαδόνη παρέχεται από τον φαρμακοποιό ή τον οικογενειακό γιατρό.

Η προσέγγιση αυτή φαίνεται να είναι σχετικά αποτελεσματική. Στη μεγαλύτερη έρευνα που έχει διεξαχθεί για την χρήση ουσιών, οι ερευνητές παρακολούθησαν 3.000 άτομα που υποβάλλονταν σε εξωνοσοκομιακή θεραπεία με μεθαδόνη. Έναν χρόνο μετά την αρχική χορήγηση, το ποσοστό των ατόμων που χρησιμοποιούσαν ηρωίνη σε εβδομαδιαία ή καθημερινή βάση μειώθηκε από το 90% στο 30%. Μόνο το 17% όσων παρέμειναν στο πρόγραμμα για ένα χρόνο εξακολουθούσε να κάνει χρήση ηρωίνης. Στους λόγους για τη συνέχιση της χρήσης της περιλαμβάνονται η παροχή πολύ μικρής δόσης μεθαδόνης, η επιθυμία του ατόμου να νιώσει την ευφορία που παρέχουν τα οπιούχα, η ισχύς της προσωπικής ταυτότητας του χρήστη ως εθισμένου και η συμβίωση με ένα σύντροφο ή η διατήρηση κοινωνικών σχέσεων με ανθρώπους που λαμβάνουν ενδοφλέβια ναρκωτικά.

Πρόγραμμα ανταλλαγής συριγγών. Το πρόγραμμα ανταλλαγής συριγγών συνίσταται στην αντικατάσταση των παλιών συριγγών με καινούργιες, έτσι ώστε να μη γίνεται από κοινού χρήση τους. Με αυτό τον τρόπο μειώνεται ο κίνδυνος μετάδοσης μολυσματικών ασθενειών του αίματος όπως είναι το AIDS και η ηπατίτιδα. Κάποιες εκκλησιαστικές οργανώσεις και ομάδες της άκρας δεξιάς στις Ηνωμένες Πολιτείες έχουν καταδικάσει αυτή την τακτική, επειδή ισχυρίζονται ότι διατηρεί ή και ενθαρρύνει τη χρήση ναρκωτικών ουσιών. Ως αποτέλεσμα αυτής της διαμάχης, το πρόγραμμα ανταλλαγής συριγγών είναι νόμιμο σε κάποιες πολιτείες και παράνομο σε κάποιες άλλες. Μια αναφορά του North American Syringe Exchange Network για ένα δείγμα 100 αμερικανικών προγραμμάτων δείχνει ότι 52 από αυτά ήταν νόμιμα, 16 παράνομα αλλά ανεκτά ενώ τα άλλα 32 λειτουργούσαν σαν μυστικά. Από μακροχρόνιες έρευνες πάντως φαίνεται ότι, όταν οι σύριγγες δεν μπορούν να αποκτηθούν με νόμιμο τρόπο από κάπου αλλού, τα προγράμματα ανταλλαγής είναι

αποτελεσματικά στη μείωση της από κοινού χρήσης τους. Οι περισσότερες έρευνες διαπίστωσαν επίσης χαμηλότερα ποσοστά μόλυνσης από τον ιό του AIDS στους χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών ουσιών που συμμετείχαν στα προγράμματα αυτά σε σύγκριση με όσους δεν συμμετείχαν. Γενικά πάντως είναι μάλλον αναμενόμενη η αποτυχία εύρεσης σταθερών οφελών σε ότι αφορά τον ιό του HIV, καθώς αν και τα περισσότερα άτομα μοιράζονται τις σύριγγες σε μικρότερο βαθμό, συνεχίζουν να εμπλέκονται σε άλλες ριψοκίνδυνες συμπεριφορές, όπως σεξ χωρίς προστασία.

## Ενασχόληση με τυχερά παιχνίδια

Η ενασχόληση με τα τυχερά παιχνίδια έχει λάβει διάφορους ορισμούς αλλά ένας από τους πιο αντιπροσωπευτικούς είναι: «να θέσει σε κίνδυνο το άτομο, κάτι αξίας, με βάση ένα αποτέλεσμα που οφείλεται στην τύχη».

Τα είδη της ενασχόλησης με τα τυχερά παιχνίδια περιλαμβάνουν τα στοιχήματα σε ποδοσφαιρικές ομάδες ή αριθμούς, τα χαρτιά, τα καζίνο, τις λοταρίες, κλπ. Η τρέχουσα βιβλιογραφία περιγράφει ένα ευρύ φάσμα συμπεριφορών που σχετίζονται με τα τυχερά παιχνίδια, καθορίζοντας έτσι την τυπολογία του παίκτη. Η πλειοψηφία των παικτών ασχολείται με τα τυχερά παιχνίδια σε κοινωνική βάση ενώ το άτομο δεν υφίσταται μακροχρόνια ή μόνιμα προβλήματα που σχετίζονται με την παικτική συμπεριφορά. Η ενασχόληση με τα τυχερά παιχνίδια σε αυτήν την κατηγορία παικτών, που αντιπροσωπεύει το 80 έως 85% του συνόλου και αποκαλείται κοινωνική, διαρκεί ένα περιορισμένο χρονικό διάστημα όπου υπάρχουν προκαθορισμένες αποδεκτές απώλειες χρημάτων. Η προβληματική ενασχόληση με τα τυχερά παιχνίδια αφορά παίκτες που συνεχίζουν την παικτική διαδικασία παρά τα προβλήματα που εμφανίζονται στην ζωή τους, εξαιτίας αυτής. Αυτή η υποκατηγορία αποτελείται από παίκτες που χάνουν περισσότερα χρήματα από αυτά που σκόπευαν να στοιχηματίσουν, ξοδεύουν σημαντικό χρόνο στην παικτική διαδικασία ή επιλέγουν την ενασχόληση με τα τυχερά παιχνίδια ως κύρια μορφή διασκέδασης, συχνά σε βάρος άλλων δραστηριοτήτων (π.χ. επιλέγουν να κάνουν διακοπές σε μέρη όπου υπάρχουν καζίνο, ιππόδρομος, κλπ). Η υπάρχουσα βιβλιογραφία έχει υποστηρίξει ότι αυτοί οι παίκτες είναι

επιρρεπείς στην κατάχρηση αλκοόλ ή άλλων ψυχοτρόπων ουσιών και βρίσκονται σε κίνδυνο ανάπτυξης παθολογικής ενασχόλησης με τα τυχερά παιχνίδια. Σχετικά πρόσφατη επιδημιολογική έρευνα έχει αναφέρει ότι η προβληματική ΕΤΠ επικρατεί σε ποσοστό 2 έως 3% του γενικού πληθυσμού στις ΗΠΑ.

Τέλος, η παθολογική ενασχόληση με τα τυχερά παιχνίδια αξιολογείται ως η περισσότερο καταστρεπτική μορφή και αφορά το 1 με 3% του γενικού πληθυσμού, ένας βαθμός επικράτησης όμοιος με αυτόν που παρατηρείται στην διπολική διαταραχή και την σχιζοφρένεια. Η επισκόπηση της βιβλιογραφίας δηλώνει ότι υπάρχουν διαφορετικοί τύποι παικτών. Παρόλο που υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στις έρευνες όσον αφορά τη μεθοδολογία, την μέτρηση της ψυχοπαθολογίας καθώς και τις στατιστικές μεθόδους, ωστόσο τρεις υποκατηγορίες παικτών έχουν αναδυθεί. Αυτές οι υποκατηγορίες διαφοροποιούνται βάση των κινήτρων, της ψυχοπαθολογίας και της προσωπικότητας. Ο πρώτος τύπος παθολογικού παίκτη υποδηλώνει υψηλά επίπεδα κατάθλιψης και άγχους ο οποίος κινητοποιείται να παίξει για να ξεφύγει από τα δυσφορικά συναισθήματα που βιώνει. Η δεύτερη υποκατηγορία παθολογικών παικτών επιδεικνύει υψηλή παρορμητικότητα και παίζει για να αυξήσει τα επίπεδα διέγερσης και να μειώσει την ανία που αισθάνεται. Ο τρίτος τύπος παίκτη δεν εμφανίζει σοβαρά σημάδια ψυχοπαθολογίας ή δυσπροσαρμοστικά χαρακτηριστικά προσωπικότητας και συνήθως παίζει λόγω εξωτερικών παραγόντων και κοινωνικής πίεσης.

Η παθολογική ενασχόληση με τα τυχερά παιχνίδια αναγνωρίστηκε για πρώτη φορά ως διαταραχή το 1980 στην Τρίτη έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου των Ψυχικών Διαταραχών (DSM – III; American Psychiatric Association, 1980) και κατηγοριοποιήθηκε ως διαταραχή ελέγχου των παρορμήσεων. Στην Πέμπτη έκδοση του διαγνωστικού και στατιστικού Εγχειριδίου των Ψυχικών Διαταραχών (DSM – IV; American Psychiatric Association, 1994), η παθολογική ΕΤΠ παραμένει στις διαταραχές ελέγχου των παρορμήσεων αν και προκύπτουν νέα δεδομένα που προτείνουν την ένταξη αυτής της διαταραχής στις διαταραχές των εξαρτήσεων, ενώ ένας παίκτης για να χαρακτηριστεί ως παθολογικός πρέπει να πληροί 5 από τα 10 διαγνωστικά κριτήρια.

Η προαναφερθείσα ψυχική διαταραχή χαρακτηρίζεται από την συνεχιζόμενη παικτική συμπεριφορά παρά την πληθώρα των αρνητικών σωματικών/ φυσιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών συνεπειών. Πέρα από τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV, έχουν αναπτυχθεί διάφορα ψυχομετρικά εργαλεία που βοηθούν τους κλινικούς να αναγνωρίσουν τους παίκτες που βρίσκονται σε κίνδυνο ανάπτυξης παθολογίας και τα οποία θα αναπτυχθούν πλήρως στην παρούσα ερευνητική θέση. Παρόλα αυτά, πολλοί παθολογικοί παίκτες μένουν

αδιάγνωστοι και ακόμα και αυτοί που αναζητούν θεραπεία έρχονται αντιμέτωποι με ελλιπώς καταρτισμένο διαθέσιμο προσωπικό. Η πρόσφατη βιβλιογραφία έχει περιγράψει πλήθος θεραπευτικών προσεγγίσεων, ενδεικτικά αναφέρονται η ψυχοδυναμική, συμπεριφορική – γνωστική, θεραπεία ζεύγους, συνέντευξη κινητοποίησης, φαρμακολογική, κ.α., οι οποίες είναι πολλά υποσχόμενες σχετικά με την πρόληψη και θεραπεία της διαταραχής, χωρίς καμία μεμονωμένα να μπορεί να εγγυηθεί ένα σίγουρο θεραπευτικό αποτέλεσμα λόγω του γεγονότος ότι πολλοί παίκτες διακόπτουν πριν το τέλος της θεραπείας. Οι σύντομες θεραπευτικές παρεμβάσεις θεωρούνται περισσότερο ελκυστικές και λιγότερο απειλητικές σε σχέση με τις πιο χρονοβόρες προσεγγίσεις. Οι προσεγγίσεις αυτές μπορεί να ενσωματωθούν σε μια τηλεφωνική υπηρεσία για την ΕΤΠ με στόχο να παρέχουν άμεση βοήθεια, σχετικά ανέξοδη και με οικονομία χρόνου, ενώ προσεγγίζονται εύκολα και οι παίκτες που κατοικούν σε απομακρυσμένες περιοχές που στερούνται υποστηρικτών, συμβουλευτικών υπηρεσιών. Παρά την αυξημένη διαθεσιμότητα των περιβαλλοντικών πλαισίων που εμφανίζονται τα τυχερά παιχνίδια και την προσοχή που έχει λάβει η παικτική διαδικασία από τα ΜΜΕ, τα νομικά πλαίσια, τη βιομηχανία, οι ερευνητές έχουν αρχίσει σχετικά πρόσφατα να προσεγγίζουν την συγκεκριμένη διαταραχή με έναν πιο εμπειριστατωμένο και επιστημονικό τρόπο. Στην Ελλάδα, η έρευνα, η πρόληψη και η θεραπευτική προσέγγιση των παθολογικών παικτών βρίσκεται σε εμβρυϊκό στάδιο.

Η έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2001 σε 2.500 άτομα και παρουσίασε αρκετά σημαντικά ευρήματα σχετικά με την ενασχόληση και την αξιολόγηση των τυχερών παιχνιδιών από τον ελληνικό πληθυσμό είχε ως σκοπό να σηματοδοτήσει τις αντιδράσεις του κοινού στην ένταξη νέων παιχνιδιών «ΠΑΜΕ ΣΤΟΙΧΗΜΑ, ΚΥΝΟΔΡΟΜΙΕΣ, ΠΠΠΟΔΡΟΜΙΕΣ» στην ελληνική αγορά. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα νέα παιχνίδια δεν θα λειτουργήσουν ανταγωνιστικά προς τα υπάρχοντα τυχερά παιχνίδια ενώ οι συστηματικοί παίκτες δήλωσαν σε μεγάλο ποσοστό ότι θα ασχοληθούν με τα νέα παιχνίδια χωρίς να σταματήσουν την ενασχόλησή τους με τα υπόλοιπα. Στην προαναφερθείσα έρευνα ερευνήθηκε επίσης το κοινωνιοψυχολογικό προφίλ του παίκτη μέσω των διαστάσεων: α. Κίνητρα και προσωπική σημασία ενασχόλησης με τα τυχερά παιχνίδια, β. Έδραση Ελέγχου και γ. Αναζήτηση Συγκινήσεων. Όσον αφορά την πρώτη κατηγορία οι ερωτήσεις που έλεγχαν τα κίνητρα και την προσωπική σημασία της ΕΤΠ υποβλήθηκαν στη μέθοδο της παραγοντικής ανάλυσης και αναδύθηκαν τέσσερις διαστάσεις: α. «Κοινωνιοψυχολογικός Αυτοπροσδιορισμός» ο οποίος αναφέρεται στην κάλυψη ψυχολογικών (π.χ. βίωση ευχάριστων συναισθημάτων, κλπ) όσο και κοινωνικών (π.χ. διαμόρφωση κοινωνικής ταυτότητας, κλπ) αναγκών, β. «Αναζήτηση Οικονομικής Εξασφάλισης» η οποία αναφέρεται

στην αναζήτηση άμεσων κερδών, γ. «Πρόκληση» η οποία αναφέρεται στην ευχαρίστηση που βιώνει ο παίκτης λόγω της αξιοποίησης των προσωπικών ικανοτήτων και της αναμονής ευχάριστων προσδοκιών και δ. «Κοινωνική Συνήθεια» η οποία αφορά την κοινωνική αποδοχή και την θεώρηση ότι η παικτική διαδικασία αποτελεί ένα χόμπι για το άτομο. Όσον αφορούσε τη δεύτερη κατηγορία η οποία αναφέρεται στην έδραση ελέγχου και αφορά την ψευδαίσθηση του παίκτη ότι μπορεί να ελέγξει την παικτική διαδικασία, η παραγοντική ανάλυση απέδωσε έξι παραμέτρους:

α. εσωτερική έδραση ελέγχου,

β. έδραση ελέγχου σε εξωτερικές κοινωνικές παραμέτρους,

γ. έδραση ελέγχου σε άλλες παραμέτρους,

δ. απολιτική στάση/ διαπροσωπική εξωστρέφεια, ε. πίστη σε παραδοσιακές αξίες,

στ. προσωπική υπευθυνότητα. Η τρίτη κατηγορία απαρτιζόταν από δύο υποκατηγορίες, αυτούς που αναζητούσαν χαμηλή και αυτούς που αναζητούσαν υψηλή διέγερση. (Παπαστάμου & Προδρομίτης, 2001)

Τα παραπάνω στοιχεία μπορούν να συμπεριληφθούν στην δημιουργία ενός εργαλείου αξιολόγησης της παικτικής συμπεριφοράς. Μία ακόμα έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους ίδιους ερευνητές το 2002 είχε ως σκοπό την ανάλυση του προφίλ του προβληματικού/ παθολογικού παίκτη καθώς και τη στάση της ελληνικής κοινωνίας απέναντι στην ΕΤΠ και στην αντίληψη της κοινής γνώμης για τον αρτιότερο τρόπο αντιμετώπισης αυτού του ζητήματος σε ένα δείγμα 2000 ατόμων.

Το κοινωνιοψυχολογικό προφίλ του παίκτη αξιολογήθηκε βάσει δύο διαστάσεων:

α. της αναζήτησης διεγέρσεων και β. της έδρασης ελέγχου.

Όσον αφορούσε την πρώτη διάσταση, το 21.2% του δείγματος επέδειξε υψηλή διέγερση, το 41.1% μέτρια και το 37.8% χαμηλή διέγερση. Σχετικά με την διάσταση της έδρασης ελέγχου, το δείγμα έδειξε σε ποσοστό 43.1% να έχει αυξημένη αίσθηση εσωτερικού ελέγχου καθώς και ένα συντηρητισμό σχετικά με τις παραδοσιακές αξίες, ενώ το υπόλοιπο 56.9% εμφανίστηκε να έχει εξωτερικό κέντρο ελέγχου κυρίως όσον αφορούσε τις κοινωνικές και άλλες εξωτερικές παραμέτρους όπως την τύχη, την μοίρα, κλπ. Σύμφωνα με την εθιστικότητα των τυχερών παιχνιδιών, τα άτομα ανέφεραν τα παρακάτω: Καζίνο (79.4%), Ιππόδρομος (59.2%), Παιχνίδια με τράπουλα (59.1%), Ηλεκτρονικά παιχνίδια (52%) και Πάμε 29 Στοίχημα (10.8%). Τα υπόλοιπα παιχνίδια είχαν πολύ μικρό ποσοστό. Σύμφωνα με τους ερωτώμενους οι συστηματικοί παίκτες είναι συνήθως άντρες, άνεργοι, με υψηλή συναισθηματική αστάθεια, έλλειψη αυτοελέγχου και εμπιστοσύνη στις ικανότητές τους. Ενδιαφέρον επίσης αποτελεί το εύρημα αυτής της έρευνας ότι τα οικονομικά, οικογενειακά,



διαπροσωπικά προβλήματα προκαλούνται λόγω της ΕΤΠ και όχι το αντίθετο. Τέλος, το δείγμα της μελέτης αυτής υποστηρίζει ότι είναι απαραίτητο να δημιουργηθούν συμβουλευτικές δομές που θα βοηθούν τους παθολογικούς παίκτες από τους κρατικούς θεσμούς. (Παπαστάμου & Προδρομίτης, 2002).

Δύο έρευνες που πραγματοποιήθηκαν το 2003 από τους Παπαστάμου και Προδρομίτη αφορούσαν τις στάσεις και τις απόψεις της ελληνικής κοινής γνώμης για το παράνομο στοίχημα και για τα παιχνίδια του διαδικτύου. Όσον αφορά την πρώτη έρευνα, η κοινωνιοπολιτική άποψη του κοινού εστιάζεται στην ανεπαρκή κρατική παρέμβαση, στις ανεπαρκείς αξίες και τη μη υγιή οικονομία. Ένας δεύτερος άξονας αυτής της μελέτης αξιολογεί το πρόβλημα ως μια διέξοδο από τα προβλήματα της καθημερινότητας και ένας τρίτος άξονας επικεντρώνεται στην στιγματοποίηση του φαινομένου ενώ αναφέρεται με απαξιωτικό και κατακριτέο τρόπο. Όσον αφορά την δεύτερη έρευνα, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι συστηματικοί παίκτες με μέση μόρφωση δείχνουν να είναι δεκτικοί ως προς την διάδοση των παιχνιδιών μέσω διαδικτύου ενώ οι ευκαιριακοί παίκτες ανώτερης και ανώτατης μόρφωσης τείνουν να στιγματίζουν την συγκεκριμένη δραστηριότητα ή να τηρούν αμφίσημη στάση. (Παπαστάμου & Προδρομίτης, 2003).

## **Διαγνωστικά Κριτήρια Παθολογικής Ενασχόλησης με τα τυχερά παιχνίδια σύμφωνα με το DSM-IV**

Α. Επίμονη και επαναλαμβανόμενη δυσπροσαρμοστική παικτική συμπεριφορά όπως φαίνεται από τουλάχιστον πέντε (ή περισσότερα) από τα παρακάτω:

1 Το άτομο έχει έντονη ενασχόληση με τα τυχερά παιχνίδια (π.χ. ενασχόληση με το να ξαναβιώνει παλιές εμπειρίες σχετικές με το παίξιμο διάφορων τυχερών παιχνιδιών, να παρεμποδίζει ή να προγραμματίζει το επόμενο εγχείρημα ή να σκέφτεται τρόπους για ανεύρεση χρημάτων με τα οποία να παίζει)

2 Έχει ανάγκη να παίζει με συνεχώς αυξανόμενα ποσά χρημάτων για να επιτύχει την επιθυμητή συγκίνηση

3 Έχει επανειλημμένες, ανεπιτυχείς προσπάθειες να ελέγξει, να ελαττώσει ή να διακόψει την ενασχόλησή του με τα τυχερά παιχνίδια

4 Είναι ανήσυχος ή ευερέθιστος όταν επιχειρεί να ελαττώσει ή να διακόψει την

ενασχόλησή του με τα τυχερά παιχνίδια

5 Παίζει σαν να είναι ένας τρόπος να ξεφύγει από τα προβλήματα του ή να ανακουφιστεί από μια δυσφορική διάθεση (π.χ. συναισθήματα ανημποριάς, ενοχών, άγχους, κατάθλιψης)

6 Αφού χάσει χρήματα στο παιχνίδι, συχνά επιστρέφει μίαν άλλη μέρα να ξανακερδίσει τα χαμένα («κυνήγημα» των χαμένων).

7 Λέει ψέματα στα μέλη της οικογένειάς του, στον θεραπευτή του ή σε άλλους για να αποκρύψει την έκταση της εμπλοκής του με τα τυχερά παιχνίδια

8 Έχει κάνει παρανομίες, όπως πλαστογραφία, απάτη, κλοπή, κατάχρηση για να χρηματοδοτήσει την ενασχόλησή του με τα τυχερά παιχνίδια

9 Έχει βάλει σε κίνδυνο ή έχει χάσει μια σημαντική σχέση, εργασία ή εκπαιδευτική ευκαιρία ή ευκαιρία να κάνει καριέρα εξαιτίας της παικτικής συμπεριφοράς

10 Επαφίεται στους άλλους να του δώσουν χρήματα για να ανακουφίσει μια απελπιστική οικονομική κατάσταση που προκλήθηκε από την ενασχόληση με τα τυχερά παιχνίδια

B. Η παικτική συμπεριφορά δεν εξηγείται καλύτερα ως Μανιακό Επεισόδιο.

## Στάδια Εξάρτησης από το παιχνίδι

Στη διεθνή βιβλιογραφία έχουν περιγραφεί πολλοί διαφορετικοί τύποι παικτών. Η πρώτη έρευνα που προσπάθησε να διαχωρίσει τις κατηγορίες των παικτών ήταν του Moran (1970), ο οποίος διεξήγαγε δομημένες κλινικές συνεντεύξεις σε 50 άνδρες με παθολογική ΕΤΠ.

Ο Moran χρησιμοποίησε μια ποιοτική ταξινόμηση που περιελάμβανε πέντε τυπολογίες παικτών. Ο πρώτος τύπος ονομάστηκε παίκτης της υποκουλτούρας ο οποίος είναι ένα άτομο που αρχίζει και διατηρεί την παθολογική ΕΤΠ ως μια απόδραση από την πίεση που δέχεται από την οικογένεια και τους φίλους. Ο νευρωτικός παίκτης από την άλλη, αναπτύσσει αυτή την συμπτωματολογία όχι εξαιτίας των διαπροσωπικών πιέσεων αλλά περισσότερο ως αντίδραση σε ψυχοτραυματικές καταστάσεις ή συναισθηματικές δυσκολίες. Σύμφωνα με τον Moran, η παθολογική ενασχόληση με τα τυχερά παιχνίδια παρέχει στον παίκτη ανακούφιση από τα συναισθήματα της έντασης που βιώνει. Ο παρορμητικός παίκτης, βιώνει μια απώλεια ελέγχου επάνω στην ενασχόλησή του με τα τυχερά παιχνίδια, έχει

ισχυρές παρορμήσεις να παίζει και υποφέρει από σοβαρή κοινωνική και οικονομική δυσλειτουργία εξαιτίας της παικτικής του συμπεριφοράς. Ο ψυχοπαθητικός παίκτης ασχολείται με τα τυχερά παιχνίδια εξαιτίας της γενικής ψυχοπαθητικής διαταραχής προσωπικότητας. Τέλος, ο συμπτωματικός παίκτης ασχολείται με τα τυχερά παιχνίδια λόγω των συμπτωμάτων που αντιμετωπίζει εξαιτίας μιας άλλης ψυχιατρικής κατάστασης κυρίως της κατάθλιψης. Όπως συμβαίνει και με τον νευρωτικό παίκτη, ο συμπτωματικός παίκτης λαμβάνει ανακούφιση από τα συμπτώματα της έντασης και της κατάθλιψης που βιώνει.

Οι Zimmerman, Meeland and Krug (1985) παρατήρησαν ότι οι προηγούμενες μελέτες στην παθολογική ΕΤΠ, απέτυχαν να διερευνήσουν σε βάθος τη διαταραχή και των συμπεριφορικών συμπτωμάτων που την χαρακτηρίζουν. Αυτοί οι ερευνητές πραγματοποίησαν παραγοντική ανάλυση στο ερωτηματολόγιο συμπεριφορικής ενασχόλησης με τα τυχερά παιχνίδια το οποίο χορηγήθηκε σε 83 παίκτες από τους Ανώνυμους Τζογαδόρους και σε 61 άτομα που δεν ασχολούνταν με τα τυχερά παιχνίδια, με σκοπό να διερευνήσουν τους δομικούς παράγοντες που υπογραμμίζουν τις συμπεριφορές που σχετίζονται με την παθολογική παικτική συμπεριφορά. Από την παρούσα έρευνα αναδύθηκαν πέντε παράγοντες που διαφοροποίησαν σημαντικά τους παίκτες από τους μη παίκτες. Ο πρώτος παράγοντας εμπεριείχε στοιχεία υποβόσκουσας δυσπροσαρμοστικότητας και άγχους και θεωρήθηκε ως ένδειξη μια γενικής ψυχολογικής δυσφορίας.

Βασιζόμενοι στην σκιαγράφιση του Moran για τον νευρωτικό παίκτη, οι Zimmerman, Meeland and Krug (1985) ονόμασαν τον πρώτο τους παράγοντα Νευρωτική Ενασχόληση με τα τυχερά Παιχνίδια. Τα άτομα με υψηλή βαθμολογία σε αυτόν τον παράγοντα βιώνουν την ενασχόληση με τα τυχερά παιχνίδια ως έναν τρόπο αποδέσμευσης από την ματαίωση και την ανησυχία. Ο δεύτερος παράγοντας αποτελείται από μια ποικιλία αντικοινωνικών συμπεριφορών και ονομάστηκε Ψυχοπαθητική Ενασχόληση με τα τυχερά παιχνίδια. Τα άτομα με υψηλή βαθμολογία σε αυτόν τον παράγοντα αναφέρουν ιστορικό αδικαιολόγητων απουσιών από το σχολείο, βανδαλισμούς και κλοπές στην πρώιμη ενηλικίωση και είναι επίσης επιρρεπείς στην ανία. Ο τρίτος παράγοντας ονομάστηκε Παρορμητική Ενασχόληση με τα τυχερά παιχνίδια και αποτελείται από συμπεριφορές που επιδεικνύουν υψηλά επίπεδα ενέργειας και ανάληψης ρίσκου. Τα άτομα με υψηλή βαθμολογία σε αυτόν τον παράγοντα περιγράφονται ως ριψοκίνδυνοι και ενεργητικοί. Τέλος, ο τέταρτος και ο πέμπτος παράγοντας σχετίζονται με οικονομικά σκάνδαλα και εργασιακά προβλήματα επειδή αντικατοπτρίζουν εγκληματικές δραστηριότητες, (π.χ. απάτες, φοροδιαφυγή) και εργασιακές δυσκολίες που σχετίζονται με την ΕΤΠ, αντίστοιχα.

Οι Graham and Lowenfeld (1986) υπογράμμισαν την έλλειψη ερευνών που εστιάζουν στα προσωπικά χαρακτηριστικά των παικτών που θα μπορούσαν να κατηγοριοποιήσουν τους παίκτες. Στην έρευνά τους, χρησιμοποίησαν έναν δείγμα 100 αντρών που είχαν εισαχθεί για ενδονοσοκομειακή θεραπεία για την προβληματική ΕΤΠ σε ένα Γενικό Νοσοκομείο για Βετεράνους. Οι ερευνητές ανέλυσαν τα αποτελέσματα του MMPI αυτών των παικτών και περιέγραψαν τέσσερις ομάδες. Η πρώτη ομάδα, η οποία παρουσίασε ένα διαταραγμένο προφίλ προσωπικότητας περιελάμβανε άτομα που περιγράφονταν ως ανώριμα, ανυπότακτα, νευρικά, με μεγαλεπήβολες ιδέες, εχθρικά, με αρκετά συναισθηματικά προβλήματα. Η δεύτερη ομάδα, η οποία χαρακτηρίστηκε από υψηλή παράνοια, αντικατόπτριζε τον τύπο του παίκτη που χαρακτήριζε άτομα καχύποπτα, ζηλόφθονα, άκαμπτα, αποτραβηγμένα, ευερέθιστα, εχθρικά και επιρρεπή στην υπερβολική χρήση αλκοόλ.

Ο παρανοϊκός παθολογικός παίκτης θεωρήθηκε ο περισσότερο ψυχοπαθολογικός από τις ομάδες των Graham και Lowenfeld (1986). Η Τρίτη ομάδα που προέκυψε από τα αποτελέσματα του MMPI αποτελούνταν από παίκτες με καταθλιπτικά ή αγχώδη συμπτώματα και αλκοολισμό. Αυτή η ομάδα θεωρητικά μπορούσε να ανταποκριθεί καλύτερα από τις άλλες σε εξωνοσοκομειακή ψυχοθεραπεία. Τέλος, η παθητική – επιθετική ή συναισθηματικά ασταθής προσωπικότητα περιέγραφε τους παίκτες που ήταν παρορμητικοί, ανώριμοι και στερούμενων υπευθυνότητας. Επιπλέον, ο παθολογικός παίκτης είχε χαμηλή ανοχή στη ματαιώση και συχνά ήταν κυκλοθυμικός, αγχώδης και καταθλιπτικός. Επίσης, τα άτομα αυτά παρουσίασαν δυσλειτουργική εκπαιδευτική και επαγγελματική προσαρμογή και έτσι χαρακτηρίστηκαν από τους ερευνητές ως η περισσότερο αντικοινωνική ομάδα. Παρόλο που η ταξινόμηση των Graham και Lowenfeld παρέχει μια βάση σχετικά με την ψυχοπαθολογία των παικτών, ωστόσο τα αποτελέσματά τους δεν τεκμηριώθηκαν.

Οι Graham και Lowenfeld (1986) υποστήριζαν ότι οι μελλοντικές έρευνες πρέπει να καθορίσουν εάν τα δυσπροσαρμοστικά χαρακτηριστικά προσωπικότητας είχαν προκύψει πριν την εμφάνιση των προβλημάτων με την ΕΤΠ και συνεισέφεραν σε αυτό ή το αντίθετο. Δυστυχώς, καμία μεταγενέστερη έρευνα δεν μπόρεσε να απαντήσει αυτό το φλέγον ερώτημα. Επίσης, συμπέραναν ότι εφόσον άλλοι ασθενείς με παρόμοια αποτελέσματα στο MMPI δεν ανέπτυξαν διαταραγμένη παικτική συμπεριφορά, άλλες μεταβλητές όπως το οικογενειακό ιστορικό στην ΕΤΠ, η προσβασιμότητα σε δραστηριότητες που αφορούσαν την παικτική συμπεριφορά και οι ενδεχόμενες ενισχύσεις από το περιβάλλον μπορεί να έχουν σχέση με τη αιτιολογία της διαταραχής.

Ο McCormick (1987) περιέγραψε δύο κλινικά σημαντικές υποκατηγορίες παθολογικών παικτών βασιζόμενος στην «κατάσταση ανάγκης» που παρακινεί και

ικανοποιείται από την παικτική συμπεριφορά. Οι δύο υποκατηγορίες που διατύπωσε χαρακτηρίζονται από χρόνιες καταστάσεις υποδιεγερσης αλλά διαφοροποιούνται σύμφωνα με την παρουσία καταθλιπτικών συμπτωμάτων ή της τάσης του ατόμου στην απάθεια. Οι παίκτες στην πρώτη κατηγορία, η οποία ονομάστηκε επαναλαμβανόμενα καταθλιπτικοί παίκτες, είχαν βιώσει καταθλιπτικά συμπτώματα που προϋπήρχαν της διαταραγμένης παικτικής συμπεριφοράς και έτειναν να έχουν ιστορικό τραυματικών εμπειριών κατά την παιδική ηλικία. Οι διάχυτες «καταθλιψιογόνες» γνωστικές νοοτροπίες που αλληλεπιδρούν με τις βιοχημικές ανωμαλίες θεωρούνται ότι συμβάλουν στην εγκαθίδρυση μιας κατάστασης ανάγκης για αυτόν τον τύπο του παίκτη, η οποία ανακουφίζεται από την ενίσχυση της συγκίνησης που προκαλείται από την ΕΤΠ. Για αυτόν τον τύπο του παίκτη, η ΕΤΠ εξυπηρετεί την ανάπτυξη συναισθημάτων ευφορίας που με την σειρά τους επιτρέπουν στον παίκτη να ξεφύγει από τα δυσφορικά συναισθήματα. Οι παίκτες της δεύτερης υποκατηγορίας οι οποίοι ονομάστηκαν χρόνια υποδιεγερμένοι παίκτες, δεν βιώνουν δυσφορία αλλά υπερβολική ανία, χαμηλή ανοχή και μια ανάγκη για συνεχόμενη και ποικίλη κινητοποίηση. Αυτοί οι παίκτες συνήθως παρουσιάζουν ανεπάρκειες στον έλεγχο των παρορμήσεων και πιθανότατα εμφανίζουν χαρακτηριστικά ναρκισσιστικής προσωπικότητας. Η εγγενής αφύπνιση που προκαλείται 39 από την παικτική διαδικασία για αυτή την τυπολογία του παίκτη μειώνει την ανία και συνεπώς διαιώνίζει την ΕΤΠ.

Ο Lesieur (2001) μελέτησε την ψυχοπαθολογία και τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας ενός δείγματος ενδονοσοκομειακών παικτών οι οποίοι διαχωρίστηκαν σε τρεις κατηγορίες. Η πρώτη κατηγορία αποτελούνταν από παίκτες με χαμηλά επίπεδα ψυχοπαθολογίας συμπεριλαμβάνοντας την παρορμητικότητα, την διαταραχή προσοχής, την κατάθλιψη, το άγχος και τις παράνομες δραστηριότητες καθορίζοντας μια κατηγορία φυσιολογικού παίκτη. Οι παίκτες της δεύτερης ομάδας εμφάνιζαν μέτρια επίπεδα παρορμητικότητας, διαταραχών προσοχής, κατάθλιψης και άγχους, ψυχοτραυματικών γεγονότων και αποδιοργανωτικών διαταραχών και εκτιμήθηκαν ως μέτρια παρορμητικοί ενεργητικοί παίκτες. Η δεύτερη ομάδα είχε επίσης ανυψωμένα επίπεδα σοβαρότητας ΕΤΠ σε σχέση με την προηγούμενη ομάδα ενώ παρατηρήθηκε μικρότερη ηλικία έναρξης της ΕΤΠ, υψηλότερα επίπεδα αναζήτησης διέγερσης και περισσότερα ναρκισσιστικά χαρακτηριστικά προσωπικότητας από τις άλλες δύο ομάδες. Τέλος, η τρίτη κατηγορία η οποία ονομάστηκε παρορμητικός αποφεύγων παίκτης παρουσίαζε όλα τα σοβαρά ψυχοπαθολογικά χαρακτηριστικά όπως υψηλή παρορμητικότητα, διαταραχές προσοχής, καταθλιπτικά συμπτώματα, άγχος, αποδιοργανωτική διαταραχή και τραύμα, ενώ η ΕΤΠ χρησιμοποιούντα

ως έναν τρόπο διαφυγής. Η μελέτη του Lesieur ήταν η πρώτη που συμπεριέλαβε την κατηγορία του «φυσιολογικού» παίκτη.

## Συμπτωματολογία

Σε επιδημιολογικές έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί, οι παθολογικοί παίκτες εμφανίζουν τα κριτήρια του DSM – IV με κάποια ιεραρχία. Συχνότερα, τα άτομα αυτά εμφανίζουν μια έντονη ενασχόληση με τα τυχερά παιχνίδια, προσπαθούν να κερδίσουν πίσω τα χρήματα που έχουν χάσει κατά την παικτική διαδικασία και ψεύδονται στους άλλους για να καλύψουν το μέγεθος της προβληματικής ενασχόλησής τους. Η ανοχή της συγκεκριμένης συμπεριφοράς, η αντιμετώπιση της ΕΤΠ ως τρόπου διαφυγής από τα καθημερινά προβλήματα και οι αποτυχημένες προσπάθειες να ξεφύγουν είναι αρκετά συχνά κριτήρια που παρουσιάζουν οι παθολογικοί παίκτες, με την διάπραξη παράνομων ενεργειών να είναι το λιγότερο παρατηρούμενο κριτήριο που εμφανίζεται σε αυτή την διαγνωστική κατηγορία.

## Αιτιολογικοί Παράγοντες

Η θεωρία της κοινωνικής μάθησης ήταν η πρώτη θεωρία προσωπικότητας που αναγνώρισε τους παράγοντες που οδηγούν στην αντίληψη του ελέγχου. Συνεπώς, ο έλεγχος τείνει να αυξάνεται όταν οι καταστάσεις που ζει ένα άτομο καθορίζονται από τις πράξεις του (εσωτερικό κέντρο ελέγχου), ενώ μειώνεται όταν οι καταστάσεις επηρεάζονται από την τύχη ή από άλλα άτομα (Εξωτερικό κέντρο ελέγχου). Από την βιβλιογραφική ανασκόπηση γίνεται εμφανές ότι η ομάδα των παικτών που εμφανίζουν παθολογική ενασχόληση με τα τυχερά παιχνίδια είναι ιδιαίτερα ετερογενής.

Διαφορετικότητα, όσον αφορά το φύλο, έχει παρατηρηθεί και στα κίνητρα ενασχόλησης με τα τυχερά παιχνίδια, με τις γυναίκες να παίζουν έτσι ώστε να ξεφύγουν από οικογενειακά ή προσωπικά προβλήματα και τους άντρες να ασχολούνται με την παικτική διαδικασία επειδή τους προσφέρει ευχαρίστηση ή είναι ένας εύκολος τρόπος να αντιμετωπίσουν τα οικονομικά τους αδιέξοδα.

Επίσης, δεν έχει διευκρινιστεί ένας μεμονωμένος αιτιολογικός παράγοντας που θα μπορούσε να προσδιορίσει ποια άτομα κινδυνεύουν από την παθολογική ενασχόληση με τα τυχερά παιχνίδια. Πολλοί ερευνητές έχουν αναφέρει ως κίνητρα ενασχόλησης με τα τυχερά παιχνίδια την αίσθηση αυτοαξίας, την κοινωνική αποδοχή, την επίδειξη αντιδραστικότητας, την εκτόνωση από αρνητικά ή οδυνηρά γεγονότα ή συναισθήματα (π.χ. άγχος, θυμός, λύπη), την βίωση θετικών συναισθημάτων (π.χ. διασκέδαση, θετική διέγερση, κοινωνικότητα), την συμμετοχή λόγω κοινωνικών παραγόντων κλπ (Productivity Commission, 1999)

## Βιολογικοί παράγοντες

Διάφορα νευροδιαβιβαστικά συστήματα έχουν ενοχοποιηθεί για την παθοφυσιολογία των διαταραχών που σχετίζονται με την παθολογική ενασχόληση με τα τυχερά παιχνίδια όπως ντοπαμινεργικό, σεροτονινεργικό, νοραδρενεργικό και διάφορα οπιοειδή. Στην ερευνητική βιβλιογραφία εμφανίζονται κάποιες ενδείξεις ότι υπάρχει κάποια δυσλειτουργία στο σύστημα ντοπαμίνης στους παθολογικούς παίκτες. Οι περιφερειακοί δείκτες ντοπαμίνης στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό παρουσιάζονται απορυθμισμένοι (Bergh, Eklund, Soedersten, και συν., 1997; Meyer, Schwertfeger, Exton, και συν., 2004), όπως δείχνουν οι fMRI απαντήσεις (Functional Magnetic Resonance Imaging ή Λειτουργική Απεικόνιση Μαγνητικού Συντονισμού) του κυκλώματος ντοπαμίνης κατά την εκτέλεση ασκήσεων που σχετίζονται με την ενασχόληση με τα τυχερά παιχνίδια, αν και η επίδραση δεν είναι σταθερή.

Μόνο μία έρευνα υποστήριξε μειωμένη δραστηριότητα στους D2/D3 ντοπαμινεργικούς υποδοχείς στην ομάδα ατόμων με δυσλειτουργική ενασχόληση με τα τυχερά παιχνίδια. Αυξημένη παρορμητικότητα εμφανίζεται σταθερά σε άτομα που κάνουν χρήση ουσιών και ασχολούνται προβληματικά με τη παικτική διαδικασία. Η ντοπαμίνη εμπλέκεται στη μάθηση, στα κίνητρα και στα βασικά ερεθίσματα που εμπεριέχουν και το σύστημα αμοιβής. Διαφοροποιήσεις στην ντοπαμινεργική οδό μπορεί να προκαλέσουν την αναζήτηση αμοιβών (π.χ. ενασχόληση με τα τυχερά παιχνίδια) που διεγείρουν την έκκριση ντοπαμίνης και προκαλούν συναισθήματα ευχαρίστησης. Νευροαπεικονιστικές μελέτες έχουν υποθέσει ότι η ντοπαμινεργική μεσολιμβική οδός από το κοιλιακό καλυπτρικό πεδίο (VTA) μέχρι τον επικλινή πυρήνα πιθανότατα εμπλέκονται στην παθολογική ενασχόληση με τα τυχερά παιχνίδια. Επίσης, έχει παρατηρηθεί μειωμένη δραστηριότητα στο εσωκοιλιακό

ραβδωτό σώμα, στο κοιλιακό-μέσο και κοιλιακό-πλάγιο προμετωπιαίο λοβό κατά την βίωση ευχάριστων γεγονότων, γεγονός που υποστηρίζει μια αμβλυμμένη νευροφυσιολογική αντίδραση στην επιβράβευση και την ήττα.

Σε αντίθεση με αυτό που αναμένεται από την εμπλοκή της ντοπαμίνης, οι ανταγωνιστές των ντοπαμινεργικών D2/D3 υποδοχέων αυξάνουν τα κίνητρα και τις συμπεριφορές που σχετίζονται με την ενασχόληση με τα τυχερά παιχνίδια σε ασθενείς με παθολογική ΕΤΠ και δεν έχουν καμία επίδραση στην θεραπευτική αντιμετώπιση της ΕΤΠ. Οι συνέπειες των ουσιών με ντοπαμινεργικές ιδιότητες έχουν εξεταστεί σε άτομα με προβλήματα ΕΤΠ. Σε μια έρευνα που συμμετείχαν δέκα άτομα με προβληματική ΕΤΠ, οκτώ άτομα με προβληματική χρήση αλκοόλ, έξι που εμφάνιζαν και τις δύο διαταραχές και δώδεκα που δεν παρουσίαζαν καμία από αυτές, χορηγήθηκε είτε εικονικό φάρμακο είτε 30mg D- Αμφεταμίνη (AMPH), μια ουσία με προ-ντοπαμινεργικές ιδιότητες, πριν εκτελέσουν ένα τροποποιημένο αναγνωστικό τεστ που περιείχε λέξεις που σχετίζονταν με την ΕΤΠ και το αλκοόλ (λέξεις με θετική ή αρνητική χροιά καθώς και ουδέτερες λέξεις).

Σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου, τα άτομα που συμμετείχαν στις δύο άλλες ομάδες είχαν σημαντικά ταχύτερη αναγνωστική ικανότητα για τις λέξεις που σχετίζονταν με την ΕΤΠ και σημαντική μείωση στην ταχύτητα όσον αφορούσε την ανάγνωση ουδέτερων λέξεων. Επίσης, οι προβληματικοί παίκτες ανέφεραν σημαντική αύξηση του κινήτρου να παίξουν τυχερά παιχνίδια μετά την χορήγηση αμφεταμίνης σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Επιπροσθέτως, η σοβαρότητα της παικτικής συμπεριφοράς συσχετίστηκε με την χορήγηση αμφεταμίνης και τις θετικές δηλώσεις απέναντι στην ΕΤΠ καθώς και με το κίνητρο να παίζουν.

## Ψυχολογικοί παράγοντες

Πολλές έρευνες που αναφέρονται στην αιτιολογία της παθολογικής ενασχόλησης με τα τυχερά παιχνίδια υποστηρίζουν ότι η αρνητική συναισθηματικότητα είναι ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου για την επακόλουθη ανάπτυξη της προβληματικής παικτικής συμπεριφοράς.

Σε έρευνα των Slutske, Caspi, Moffitt και συν., (2005) παρατηρήθηκε ότι τα άτομα που είχαν λάβει την διάγνωση της προβληματικής ενασχόλησης με τα τυχερά παιχνίδια πριν την ηλικία των 21 ετών απέκλιναν σημαντικά από τα άτομα της ομάδας ελέγχου που δεν



είχαν λάβει τέτοια διάγνωση όσον αφορά τα αρνητικά συναισθήματα και τον αυτοπεριορισμό. Συγκεκριμένα, τα άτομα με παθολογική ΕΤΠ παρουσίασαν αρνητικά συναισθήματα όπως νευρικότητα, ανησυχία, θυμό, επιθετικότητα, θυματοποίηση και μειωμένα επίπεδα αυτοελέγχου στην ανάληψη ρίσκου, την παρορμητικότητα και την αντιδραστικότητα. Παρόλα αυτά, η παρούσα έρευνα δεν μπόρεσε να αποδείξει εάν τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά προσωπικότητας θα μπορούσαν να προβλέψουν παθολογία στην ΕΤΠ σε μεγαλύτερη ηλικία ή σε διαφορετικά περιβαλλοντικά πλαίσια. Η τάση προς την παραβατική συμπεριφορά έχει παρατηρηθεί σε άτομα που εμφανίζουν συμπεριφορές σχετιζόμενες με παθολογική ΕΤΠ, έχουν χρέη, αυτοκτονικό ιδεασμό, κάνουν υπερβολική χρήση αλκοόλ και ψυχοτρόπων ουσιών, έχουν λάβει ψυχιατρική θεραπεία και αντιμετωπίζουν αρκετά ψυχοκοινωνικά προβλήματα.

Η αναζήτηση της διέγερσης είναι ένα ιδιοσυγκρασιακό χαρακτηριστικό που οδηγεί ένα άτομο σε μια ακατανίκητη επιθυμία να βιώσει ποίκιλα, καινοτόμα και περίπλοκα συναισθήματα μέσα από την ανάληψη ρίσκων. Τα άτομα που αναζητούν έντονα την διέγερση εμπλέκονται συνήθως σε ρισκοκίνδυνες δραστηριότητες όπως την ΕΤΠ, όπου οι παίκτες βιώνουν έξαψη κατά την παικτική διαδικασία η οποία ενεργεί ως ενισχυτής της συμπεριφοράς αυτής.

Σύμφωνα με τον Dickerson (1979), οι πιθανοί παθολογικοί παίκτες τείνουν να στοιχηματίζουν τα τελευταία δύο λεπτά του επιτρεπόμενου χρόνου καθώς επίσης τοποθετούν και μεγαλύτερα χρηματικά ποσά από τους ευκαιριακούς παίκτες, λόγω του ότι αυτές οι καταστάσεις δρουν ως ενισχυτές για την διέγερση και την έξαψη που αναζητούν τα άτομα αυτά. Παρόλα αυτά, επειδή τα αποτελέσματα των ερευνών είναι αμφιλεγόμενα, είναι πολύ δύσκολο να καθοριστεί εάν η αναζήτηση της διέγερσης οδηγεί στην ενασχόληση με τα τυχερά παιχνίδια ή εάν ισχύει το αντίστροφο. Επίσης, η αναζήτηση της διέγερσης μπορεί να σχετίζεται με κάποια είδη ΕΤΠ (π.χ. καζίνο, παράνομα στοιχήματα) ενώ είναι χαμηλή σε παίκτες που ενασχολούνται με τα τυχερά παιχνίδια στα πρακτορείων στοιχημάτων

Η έρευνα τις τελευταίες δεκαετίες έχει υπογραμμίσει την εμφάνιση της παρορμητικότητας ως βασικού χαρακτηριστικού της παθολογικής ενασχόλησης με τα τυχερά παιχνίδια.

Οι Vitaro, Ferland, Jacques, και συν., (1998) διερεύνησαν εάν η προβληματική ενασχόληση με τα τυχερά παιχνίδια συσχετίζεται με την χρήση ψυχοτρόπων ουσιών καθώς και με την παρορμητικότητα σε ένα δείγμα 765 ατόμων. Οι ερευνητές υποστήριξαν ότι οι παίκτες που είχαν μια συνοσηρή διαταραχή ήταν περισσότερο παρορμητικοί από εκείνους που εμφάνιζαν είτε προβλήματα με τη χρήση ουσιών ή με την ΕΤΠ μόνο. Η παθολογική

ενασχόληση με τα τυχερά παιχνίδια και η χρήση ουσιών εμφανίζονται κατά τη διάρκεια της εφηβείας και σχετίζονται με κάποια ανεπάρκεια στον έλεγχο των παρορμήσεων. Εμφανή, στους παθολογικούς παίκτες, έγιναν επίσης κάποια χαρακτηριστικά που σχετίζονται με την παρορμητικότητα όπως η ανικανότητα για καθυστέρηση της ευχαρίστησης και η επικέντρωση στις μακροχρόνιες συνέπειες της συμπεριφοράς καθώς και μια

Βρέθηκε επίσης ότι η αναζήτηση της διέγερσης μπορεί να συσχετιστεί με την παρορμητικότητα, με το πρώτο να κινητοποιεί κάποια άτομα στην ενασχόληση με τα τυχερά παιχνίδια και το δεύτερο να τους οδηγεί στην συνέχεια αυτής της συμπεριφοράς παρά τις μακροχρόνιες συνέπειες. Η παρορμητικότητα είναι ιδιαίτερα υψηλή σε άτομα που πάσχουν από κάποια διαταραχή που σχετίζεται με την παικτική συμπεριφορά. Όσο περισσότερη είναι η παρορμητικότητα τόσο σοβαρότερη είναι η παθολογία σχετικά με την ενασχόληση με τα τυχερά παιχνίδια. Η παρορμητικότητα συσχετίζεται με αντικοινωνική προσωπικότητα, με την άρση αναστολών και την επιδειξιμανία των παθολογικών παικτών.

## **Κοινωνικοί παράγοντες**

η παθολογική ενασχόληση με τα τυχερά παιχνίδια αποδίδεται σε μια αδυναμία του ατόμου να αντιμετωπίσει την ευρύτερη κοινωνία. Η ΕΤΠ βοηθάει στη δημιουργία μιας περισσότερο ελεγχόμενης υποκοουλτούρας όπου η καθημερινότητα είναι λιγότερο περίπλοκη και προσφέρει περισσότερη επιβράβευση. Η κοινωνιολογική έρευνα αποδίδει στις κοινωνικές δομές (π.χ. εγκαταστάσεις και κοινωνικές σχέσεις) μέσα σε ένα περιβαλλοντικό πλαίσιο ενασχόλησης με τα τυχερά παιχνίδια, ένα κρίσιμο ρόλο στην ανάπτυξη και διατήρηση της παθολογικής ΕΤΠ. Οι κοινωνιολογικές προσεγγίσεις αναφέρουν ότι η ΕΤΠ βρίσκεται σε ένα ευρύ φάσμα όπου στο ένα άκρο υπάρχει η κοινωνική ενασχόληση με τα τυχερά παιχνίδια και στο άλλο άκρο η προβληματική.

Μεταβλητές όπως η ηλικία, το φύλο, η μετανάστευση, η εθνικότητα, η συζυγική κατάσταση, το εισόδημα, η εκπαίδευση, ο τύπος εργασίας και το κοινωνικό status μπορεί να επηρεάσουν επιπλέον την διαμόρφωση της παικτικής συμπεριφοράς του ατόμου. Για παράδειγμα, σε παίκτες που ανήκουν σε χαμηλότερη κοινωνικό-οικονομική κατάσταση και σε μειονοτικές ομάδες (π.χ. μετανάστες, εθνικές μειονότητες, φτωχοί), οι κοινωνικές

ανταμοιβές είναι περισσότερο δελεαστικές και συνεπώς μπορεί η παικτική διαδικασία να τους ελκύσει περισσότερο και να αυξήσει τις πιθανότητες για εμφάνιση παθολογικής ενασχόλησης με τα τυχερά παιχνίδια. Οι θεραπείες που βασίζονται στην κοινωνιολογική προσέγγιση προσπαθούν να αποσπάσουν τους παίκτες από την προβληματική ενασχόληση με τα τυχερά παιχνίδια εκπαιδεύοντάς τους να σταματήσουν ή να περιορίσουν την παικτική συμπεριφορά και εντάσσοντάς τους σε κοινωνικά δίκτυα.

Αυτοί οι στόχοι μπορούν να επιτευχθούν με την εκμάθηση από την πλευρά των παικτών ικανοτήτων αντιμετώπισης προβλημάτων, με την ανάπτυξη εναλλακτικών επιβραβεύσεων και την επανεγκαθίδρυση ή ενδυνάμωση των δεσμών με την οικογένεια, τους φίλους και την κοινότητα. Το δυνατό σημείο της κοινωνιολογικής προσέγγισης είναι η επικέντρωσή της σε περιβαλλοντικούς και πολιτιστικούς παράγοντες, κάτι το οποίο είναι περιορισμός για τις άλλες προσεγγίσεις. Παρόλα αυτά υπάρχουν κάποιες αμφιβολίες όσον αφορά την επεξήγηση της προβληματικής ΕΤΠ από τις κοινωνιολογικές επεξηγήσεις. Τα άτομα που παίζουν σε κερματοδόχα μηχανήματα συνήθως παίζουν μόνο τους και σε γενικές γραμμές δεν εμπλέκονται σε κανενός είδους αλληλεπίδραση με τους άλλους παίκτες.

Ο Caldwell (1974) υπογράμμισε τους κοινωνικούς κανόνες που υπάρχουν στους χρήστες κερματοδόχων μηχανημάτων. Υπάρχουν αυστηροί κανόνες σχετικά με την πρόσβαση στα μηχανήματα οι οποίοι διατηρούνται μέσω μιας κοινωνικής συμφωνίας. Αν οι παίκτες έπαιζαν αυτό το είδος παιχνιδιού για να κερδίσουν την κοινωνική αλληλεπίδραση, δεν θα είχαν την ανάγκη να προστατεύουν τα μηχανήματά τους από τους άλλους

Οι Griffiths και συν (2009) διεξήγαγαν μια μελέτη όπου παρατήρησαν τους πελάτες δυο καταστημάτων με ηλεκτρονικά παιχνίδια στην Μ. Βρετανία. Από την έρευνα αυτή υποστηρίχτηκε ότι παρόλο που τα άτομα έρχονταν με παρέα, έπαιζαν μόνο τους στα κερματοδόχα μηχανήματα. Συνεπώς, είναι πιθανό η κοινωνική αλληλεπίδραση που παρατηρείται στα πλαίσια ενασχόλησης με τα τυχερά παιχνίδια να αποτελεί κίνητρο μόνο για κάποιους παίκτες. Η κοινωνιολογική θεωρία έχει κατακριθεί δριμύτατα λόγω της έλλειψης κλινικής απόδειξης.

Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες φαίνεται να συνεισφέρουν επίσης στην παθοφυσιολογία της προβληματικής ΕΤΠ. Όσον αφορά την διατήρηση της παικτικής συμπεριφοράς, χαρακτηριστικά των παικτικών δραστηριοτήτων όπως η προσβασιμότητα, η τοποθεσία και ο τύπος των επιχειρήσεων που ασχολούνται με την παικτική διαδικασία, το μέγεθος και ο αριθμός των χρηματικών επάθλων, οι παρά λίγο νίκες, λειτουργούν ως σημαντικοί προάγγελοι της προβληματικής ΕΤΠ

Επίσης, οι τραυματικές εμπειρίες της παιδικής ηλικίας όπως η κακοποίηση δείχνουν να σχετίζονται με σοβαρότερα προβλήματα παικτικής συμπεριφοράς καθώς και μικρότερη ηλικία έναρξης της ενασχόλησης με τα τυχερά παιχνίδια.

Η πρώιμη έκθεση στην ενασχόληση με τα τυχερά παιχνίδια πιθανότατα επηρεάζει την παικτική συμπεριφορά σε μεγαλύτερη ηλικία, όπως έχει υποστηριχτεί από διάφορες μελέτες που έχουν συσχετίσει την προβληματική ΕΤΠ με την γονεϊκή ΕΤΠ. Όσον αφορά την ενδοοικογενειακή βία, οι οικογένειες των παθολογικών παικτών εμφανίζουν μεγαλύτερα ποσοστά συζυγικής και παιδικής κακοποίησης.

Αυτό πιθανότατα οφείλεται στις χαοτικές καταστάσεις που δημιουργούνται από την παικτική συμπεριφορά σε συνάρτηση με την χρήση ουσιών, άλλες συνοσηρές ψυχιατρικές καταστάσεις, χαρακτηριστικά παρορμητικής προσωπικότητας και ευμεταβλητότητα της διάθεσης. Επίσης, οι παθολογικοί παίκτες μπορεί μη σκόπιμα, να οδηγήσουν τα παιδιά τους σε μελλοντικά προβλήματα με τα τυχερά παιχνίδια. Οι περισσότεροι παθολογικοί παίκτες έχουν εκτεθεί σχετικά πρώιμα στην ενασχόληση με τα τυχερά παιχνίδια και μάλιστα κάποιοι από αυτούς έχουν διδαχτεί τον τρόπο να παίζουν από μέλη της οικογένειάς τους. Οι μελέτες σε οικογένειες έχουν δείξει ότι ο κίνδυνος ανάπτυξης παθολογικής ΕΤΠ είναι πολύ υψηλότερος από τον αναμενόμενο, πιθανότατα λόγω του συνδυασμού των περιβαλλοντικών και κληρονομικών παραγόντων.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>**

### **Θεραπευτικά προγράμματα υποκατάστασης**

Τρεις είναι οι κύριοι φορείς που παρέχουν υπηρεσίες αντιμετώπισης των προβλημάτων εξάρτησης στην Ελλάδα. Πρόκειται για τον Οργανισμό κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ), το Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕΘΕΑ) και το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) που αναγνωρίζονται ως φορείς για την απεξάρτηση και οι οποίοι μέσω των δικτύων των υπηρεσιών τους και τα ειδικά προγράμματα που έχουν αναπτύξει καλύπτουν τις ανάγκες θεραπείας και υποστήριξης των ατόμων με προβλήματα κατάχρησης ουσιών. Τα προγράμματα που αναπτύσσουν οι φορείς είναι προγράμματα άμεσης παρέμβασης και ανοικτής πρόσβασης, προγράμματα υποκατάστασης, και προγράμματα απεξάρτησης χωρίς φαρμακευτικά υποκατάστατα.

Το 2005, στην Ελλάδα λειτούργησαν 55 επίσημα αναγνωρισμένα θεραπευτικά προγράμματα με συνολική δυναμικότητα 4.326 άτομα (αφορά 49 προγράμματα). Από το 2002, οι θεραπευτικές παρεμβάσεις έχουν διευρυνθεί με στόχο την κάλυψη των αναγκών στις περισσότερες υγειονομικές περιφέρειες. Ο αριθμός θεραπευτικών προγραμμάτων υπερδιπλασιάστηκε κατά το διάστημα 2000-2005. Ιδιαίτερο βάρος δόθηκε στην ανάπτυξη προγραμμάτων για εφήβους και νεαρούς ενήλικες, καθώς και σε προγράμματα υποκατάστασης. Ακόμη, ανάπτυξη παρουσίασαν μονάδες προσαρμοσμένες σε ειδικές ανάγκες κατηγοριών του πληθυσμού όπως άτομα με συννοσηρότητα, εθνικά διαφοροποιημένες ομάδες, γονείς ανήλικων και αποφυλακισμένοι (ΕΚΤΕΠΝ, 2006). Η συνολική δυναμικότητα των θεραπευτικών προγραμμάτων ήταν 4.326 θέσεις το 2005 (αφορά 49 προγράμματα). Συνολικά, 5749 άτομα παρακολούθησαν την κύρια θεραπευτική φάση των προγραμμάτων το 2005, εκ των οποίων 2479 εισήχθησαν για θεραπεία ενώ 3270 άτομα βρίσκονταν ήδη υπό θεραπεία κατά την έναρξη του έτους 2005 (ΕΚΤΕΠΝ, 2006).

## **Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ)**

Ο Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ) ιδρύθηκε με το Νόμο 2161/1993 (έναρξη λειτουργίας το 1995) και είναι αυτοδιοικούμενο νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Σύμφωνα με τον ιδρυτικό του νόμο, ο ΟΚΑΝΑ είχε ως κύριους σκοπούς:

α) το διυπουργικό συντονισμό, το σχεδιασμό, την προώθηση και την εφαρμογή εθνικής πολιτικής σχετικά με την πρόληψη, τη θεραπεία και την αποκατάσταση των ουσιοεξαρτημένων ατόμων

β) τη μελέτη του προβλήματος των ουσιοεξαρτήσεων σε εθνικό επίπεδο, την παροχή έγκυρων και εμπειριστατωμένων πληροφοριών και την ευαισθητοποίηση του κοινού

γ) την ίδρυση και την αποτελεσματική λειτουργία κέντρων πρόληψης, θεραπευτικών μονάδων και κέντρων κοινωνικής- επαγγελματικής επανένταξης.

Ο ΟΚΑΝΑ από την ίδρυσή του έως τον Μάρτιο του 2013 προσπάθησε να ανταποκριθεί στο διττό του ρόλο ως εθνικού συντονιστικού φορέα και ως φορέα ανάπτυξης υπηρεσιών και προγραμμάτων πρόληψης, θεραπείας και επανένταξης. Τον Μάρτιο του 2013

με τον Νόμο 4139/2013 «περί εξαρτησιογόνων ουσιών και άλλες διατάξεις» οι σκοποί του Οργανισμού άλλαξαν (άρθρο 53), λόγω της θεσμοθέτησης του Εθνικού Συντονιστή (άρθρο 49). Σύμφωνα με τον νέο Νόμο οι σκοποί του ΟΚΑΝΑ είναι:

α) η συμβολή στο σχεδιασμό, στην προώθηση, στην εφαρμογή εθνικής πολιτικής και προγραμμάτων σχετικά με την πρόληψη της χρήσης και διάδοσης των ναρκωτικών και τη θεραπεία, την επαγγελματική κατάρτιση και κοινωνική επανένταξη των εξαρτημένων από φαρμακευτικές ουσίες ατόμων,

β) η συμβολή στη μελέτη σε εθνικό επίπεδο του όλου προβλήματος των ναρκωτικών για τον εντοπισμό των συγκεκριμένων αιτιών που οδηγούν τα άτομα και ιδίως τους νέους, στη λήψη ναρκωτικών, καθώς επίσης και η συνεργασία με το Εθνικό Κέντρο Πληροφόρησης-Τράπεζας Πληροφοριών ως προς την εκάστοτε κατάσταση και έκταση του προβλήματος των ναρκωτικών στη χώρα,

γ) η ενημέρωση και ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης, κατά τρόπο ενιαίο και επιστημονικά υπεύθυνο, για τις συνέπειες από τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, καθώς και η ενθάρρυνση, ο συντονισμός και η εποπτεία κάθε ιδιωτικής πρωτοβουλίας που έχει σκοπό τη συμμετοχή στην αντιμετώπιση του προβλήματος,

δ) η πρόταση και προώθηση αναγκαίων νομοθετικών, κοινωνικών και άλλων μέτρων για την πρόληψη και καταστολή του προβλήματος των ναρκωτικών,

ε) η συνεργασία με αντίστοιχους συντονιστικούς ή ερευνητικούς φορείς σε οργανισμούς και υπηρεσίες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και άλλους διεθνείς οργανισμούς, η μεταξύ τους ανταλλαγή πληροφοριών και η ενεργός συμμετοχή στις συναντήσεις που αυτοί οργανώνουν, με στόχο την εναρμόνιση της εθνικής πολιτικής προς εκείνη των κοινοτικών και διεθνών φορέων και,

στ) η σύνταξη εκθέσεων για την κατάσταση του προβλήματος σε εθνικό και διεθνές επίπεδο και για την πορεία των σχετικών εθνικών ερευνών και η κατάρτιση στατιστικών πινάκων με ανάλυση και αξιολόγηση αυτών και η υποβολή τους στο Υπουργείο Υγείας μαζί με προτάσεις για τη λήψη των αναγκαίων μέτρων.

Για τη χάραξη της εθνικής πολιτικής για τα ναρκωτικά, ο ΟΚΑΝΑ συνεργάζεται με φορείς της χώρας (συναρμόδια υπουργεία, θεραπευτικά προγράμματα, τοπική αυτοδιοίκηση, πανεπιστημιακά ιδρύματα κ.ά.) καθώς και με ευρωπαϊκούς και διεθνείς οργανισμούς (Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας EMCDDA, Ομάδα Rompidou του Συμβουλίου της Ευρώπης, Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, Οργανισμό Ηνωμένων Εθνών, κ.ά.) ενώ για τη μελέτη του προβλήματος των ναρκωτικών σε εθνικό

επίπεδο, συνεργάζεται στενά με το Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία (ΕΚΤΕΠΝ).

Στον τομέα της πρόληψης ο ΟΚΑΝΑ, σε συνεργασία με την τοπική αυτοδιοίκηση, έχει αναπτύξει ένα εκτεταμένο δίκτυο Κέντρων Πρόληψης σε όλη την Ελλάδα, ενώ παράλληλα, αναπτύσσει ποικίλα προγράμματα στον τομέα της θεραπείας και της κοινωνικής επανένταξης που καλύπτουν τις διαφορετικές ανάγκες των εξαρτημένων ατόμων.

## **Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕΘΕΑ)**

Το Θεραπευτικό Πρόγραμμα ΚΕΘΕΑ-ΝΟΣΤΟΣ είναι πρόγραμμα διαμονής και ιδρύθηκε το 1993 με στόχο να καλύψει τις ανάγκες των ενήλικων χρηστών και των οικογενειών τους στις περιοχές του Πειραιά, των νησιών του Αιγαίου και γενικότερα της νότιας Ελλάδας. Όλες οι μονάδες του βρίσκονται στον Πειραιά, εκτός από τη Θεραπευτική Κοινότητα ΝΟΣΤΟΣ, 55 θέσεων, που έχει έδρα τα Σελήνια της Σαλαμίνας. Η πρώτη επαφή των ενδιαφερόμενων με το ΝΟΣΤΟΣ πραγματοποιείται στο Συμβουλευτικό του Κέντρο. Εκεί γίνεται η προετοιμασία των χρηστών για εισαγωγή στην Κοινότητα και παρέχονται υπηρεσίες ενημέρωσης, μείωσης της βλάβης και κινητοποίησης για ένταξη σε θεραπεία. Στις υπηρεσίες του θεραπευτικού προγράμματος περιλαμβάνεται μεταξύ άλλων πρόγραμμα εκπαίδευσης - κατάρτισης και επαγγελματικού προσανατολισμού με στόχο την υποστήριξη των μελών για την ομαλή ένταξή τους στην αγορά εργασίας. Επίσης, στον Πειραιά λειτουργεί πρότυπη μονάδα κοινωνικής επανένταξης που διαθέτει Ξενώνα δυναμικότητας 30 θέσεων και Στέκι Δημιουργικής Απασχόλησης. Εκτός από υπηρεσίες απεξάρτησης και κοινωνικής επανένταξης, το ΝΟΣΤΟΣ διαθέτει Κέντρο Οικογενειακής Υποστήριξης για την ενημέρωση, συμβουλευτική και στήριξη οικογενειών που αντιμετωπίζουν προβλήματα ουσιοεξάρτησης.

Η πρώτη προσέγγιση του εξαρτημένου ατόμου (χρήστη) με τα Θεραπευτικά Προγράμματα του ΚΕΘΕΑ γίνεται στο Συμβουλευτικό Κέντρο, στο οποίο η προσέλευση είναι πάντα εθελοντική. Βασικός στόχος του Κέντρου είναι η κινητοποίηση του χρήστη με στόχο να ζητήσει θεραπεία, η ενημέρωσή του για τις ομάδες αυτοβοήθειας και για το θεραπευτικό πρόγραμμα, και η στήριξή του, ώστε να περάσει από την αδιαφορία στον προβληματισμό και τελικά στην απόφαση για δράση. Κατά τη διάρκεια της παραμονής των

εξαρτημένων ατόμων στο Συμβουλευτικό Κέντρο παρέχεται ασφαλές περιβάλλον, όπου δεν επιτρέπεται η χρήση ουσιών. Ενημερώνονται για τη λειτουργία του προγράμματος και ενισχύεται το αίτημα τους για θεραπεία, μέσα από τον τονισμό των επιπτώσεων της χρήσης στη ζωή τους και την παροχή συναισθηματικής στήριξης προκειμένου να ελαττώσουν ή να διακόψουν τη χρήση ουσιών και να μάθουν άλλους τρόπους αντιμετώπισης των προβλημάτων τους. Μπορούν επίσης να περάσουν δημιουργικά τον χρόνο τους, συμμετέχοντας στις δραστηριότητες που πραγματοποιούνται μέσα και έξω από το Κέντρο, όπως συζητήσεις, παιχνίδια, ζωγραφική, θέατρο, αθλητικά κ.α.

Η συνολική μέση διάρκεια παραμονής στο Συμβουλευτικό Κέντρο είναι 30 ημέρες. Ο κάθε ενδιαφερόμενος μπορεί να επικοινωνήσει τηλεφωνικά ή να προσέλθει αυτοπροσώπως στο Συμβουλευτικό Κέντρο, και να οριστεί ατομικό ραντεβού με το προσωπικό του Κέντρου σε σύντομο χρονικό διάστημα (μέχρι 3 ημέρες). Μετά το ατομικό ραντεβού το μέλος εντάσσεται στην Ομάδα Ενημέρωσης της οποίας στόχος είναι η ενημέρωση για τη λειτουργία του προγράμματος. Εφόσον το Μέλος συμπληρώσει την 1η εβδομάδα στην Ομάδα Ενημέρωσης, περνάει στην Ομάδα Εισαγωγής όπου η παρακολούθηση διαρκεί από 2 έως 3 εβδομάδες. Στην ομάδα εισαγωγής στόχος είναι η ενίσχυση του αιτήματος του ατόμου και η κινητοποίηση του για θεραπεία (με κατεύθυνση την Θεραπευτική Κοινότητα). Τα μέλη της ομάδας εισαγωγής συμμετέχουν και σε ομάδες δουλειάς που αντικείμενο έχουν την μαγειρική, την καθαριότητα κλπ.

Για την εισαγωγή των μελών στην Θεραπευτική Κοινότητα λαμβάνονται υπόψη τα εξής:

Η συνέπεια των μελών στη παρουσία τους στο Κέντρο (βαθμός κινητοποίησης)

Να έχουν κάνει τις κατάλληλες Ιατρικές Εξετάσεις

Να το επιθυμεί το ίδιο το μέλος.

Πέραν του προσωπικού στο Συμβουλευτικό Κέντρο, δράση λαμβάνει και η ομάδα των Συντονιστών.

Οι συντονιστές είναι Μέλη της Θεραπευτικής Κοινότητας που βρίσκονται στο τελευταίο στάδιο θεραπείας (έχοντας πλέον τον τίτλο του Συντονιστή), τα οποία για κάποιο μικρό χρονικό διάστημα (3 ή 4 εβδομάδες) πηγαίνουν καθημερινά και υποστηρίζουν τις δραστηριότητες του Συμβουλευτικού Κέντρου. Εκτός από το έργο της βοήθειας του προσωπικού, λειτουργούν σαν πρότυπο για τα μέλη του Συμβουλευτικού Κέντρου, και παράλληλα έρχονται αντιμέτωποι με τα θέματα της χρήσης. Τέλος, στα πλαίσια του κέντρου λειτουργεί ομάδα υποτροπών η οποία υποδέχεται ανθρώπους που διακόπτουν τη θεραπεία τους, είτε σε μεγάλη κοινοτική ηλικία, είτε στη φάση της επανένταξης. Στόχος της



συγκεκριμένης ομάδας είναι η υποστήριξη των ατόμων αυτών, έτσι ώστε να ενταχθούν στη φάση του Προγράμματος από την οποία έχουν διακόψει ή σε κάποια άλλη φάση.

## **Η Θεραπευτική Κοινότητα**

Η Θεραπευτική Κοινότητα αποτελεί την κύρια φάση θεραπείας του θεραπευτικού προγράμματος. Ο μέγιστος συνολικός χρόνος παραμονής των μελών στη Θεραπευτική Κοινότητα είναι περίπου 11 μήνες. Στόχος είναι η αλλαγή του τρόπου ζωής των θεραπευόμενων μελών της μέσα από την κατάκτηση ενός συστήματος αξιών καθώς και η ατομική ανάπτυξη με όρια, προσωπική ευθύνη και συναισθηματική ωριμότητα.

Στην Κοινότητα παρέχεται ασφάλεια, στήριξη και βοήθεια ώστε το μέλος να συνειδητοποιήσει και να αναπτύξει τις προσωπικές του δεξιότητες και την κοινωνικότητά του. Η είσοδος στην Θεραπευτική Κοινότητα γίνεται μετά από παραπομπή από το Συμβουλευτικό Κέντρο. Κατά την διαδικασία εισαγωγής στην Κοινότητα, τα μέλη περνούν από μία διαδικασία η οποία ονομάζεται intake. Η συγκεκριμένη διαδικασία έχει ως στόχο την διερεύνηση κινήτρου, την γνωριμία και την ενημέρωση για το κώδικα δικαιωμάτων των μελών.

Στην παραπάνω διαδικασία συμμετέχουν προσωπικό και Σύμβουλοι της Κοινότητας καθώς και προσωπικό του Συμβουλευτικού Κέντρου, με σκοπό την ομαλότερη εισαγωγή των νέων μελών. Το επόμενο στάδιο της εισαγωγής είναι η υπογραφή του Συμβολαίου μεταξύ Μέλους – Κοινότητας καθώς και η ενημέρωση των μελών για το δικαίωμα του 24ωρου.

Στη συνέχεια το νέο μέλος ξεναγείται στην Κοινότητα και ενημερώνεται για την Κοινότητα με την καθοδήγηση δύο παλαιότερων μελών, για την ομαλότερη εισαγωγή και εναρμόνιση του με το περιβάλλον της Κοινότητας. Απαιτείται διάστημα 2-3 ημερών για τα νέα μέλη ώστε να ενταχθούν σε κάποια ομάδα δουλειάς.

Στο πλαίσιο της θεραπευτικής δράσης της Κοινότητας, κάθε Μέλος συμμετέχει σε Αντιπαραθετικές Ομάδες (Encounter Groups). Τα Encounter Groups αφορούν τις εξής ομάδες: Group Παρέας, Group Δουλειάς και Μεικτή Ομάδα. Η Θεραπευτική Κοινότητα δίνει ιδιαίτερη βαρύτητα στην εκπαίδευση και τον επαγγελματικό προσανατολισμό. Η εκπαίδευση που δέχεται κάθε μέλος είναι ανάλογη με τις ανάγκες, τις ικανότητες και τις ιδιαίτερες προτιμήσεις του.

Στόχος της εκπαίδευσης είναι να αποκτήσει κάθε μέλος γνώσεις βασικής παιδείας και επαγγελματική κατάρτιση ώστε να αποκατασταθεί επαγγελματικά ευκολότερα στο στάδιο

της επανένταξής του. Στα μέλη της Θεραπευτικής Κοινότητας παρέχεται η δυνατότητα να συμμετέχουν σε επιμορφωτικά σεμινάρια τα οποία πραγματοποιούνται από επαγγελματίες επιμορφωτές. Υπεύθυνο για αυτό είναι το Τμήμα Εκπαίδευσης του προγράμματος.

Στόχος του τμήματος είναι να παρέχει στο μέλος τα μέγιστα εφόδια σε ότι αφορά τη εκπαίδευση και τη μόρφωσή του. Στην περίπτωση που κάποιο μέλος αποφασίσει να διακόψει με την κανονική 260 διαδικασία (χωρίς να φύγει κρυφά), τότε κάθεται στην «καρέκλα» και γράφει τους λόγους διακοπής τους οποίους διαβάζει σε όλη την Κοινότητα.

Σε αυτή την περίπτωση, το μέλος έχει το δικαίωμα του 24ωρου δηλαδή το δικαίωμα της απουσίας του έως το χρονικό περιθώριο των 24 ωρών (δεν υπάρχει δέσμευση για το πόσες φορές μπορεί να λείψει αλλά όχι συνεχόμενες). Εάν το μέλος επιστρέψει στο πλαίσιο της παραπάνω προθεσμίας, τότε δίνει ούρα για τοξικολογική εξέταση, και σε περίπτωση που βρεθεί θετικός σε οποιαδήποτε παράνομη ουσία, διακόπτει αναγκαστικά και παραπέμπεται στο Συμβουλευτικό Κέντρο. Αν τα αποτελέσματα είναι αρνητικά δεν θεωρείται διακοπή και αφού γίνει σχετική θεραπευτική ομάδα συνεχίζει στην Κοινότητα. Βασικό μέλημα επίσης, στην Κοινότητα είναι η αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας όπου τα μέλη παραπέμπονται για ιατρικές εξετάσεις ή για την αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας που έχουν καθώς και η διευθέτηση νομικών εκκρεμοτήτων.

## **Το Κέντρο Κοινωνικής Επανένταξης**

Το Κέντρο Κοινωνικής Επανένταξης αποτελεί την τελευταία φάση του θεραπευτικού προγράμματος. Σε αυτήν εισέρχονται τα μέλη που έχουν ολοκληρώσει τη θεραπεία τους στην Θεραπευτική Κοινότητα. Ο σκοπός της φάσης αυτής είναι η υποστήριξη των εξαρτημένων μελών για να ενταχθούν αρμονικά στην κοινωνία. Στη φάση αυτή σταθεροποιούνται τα αποτελέσματα της θεραπείας και τα μέλη υποστηρίζονται μέσω της συστηματικής συμμετοχής τους σε θεραπευτικές ομάδες και ατομικές συναντήσεις, σε εξωτερική βάση.

Οι στόχοι στο Κέντρο Κοινωνικής Επανένταξης είναι οι εξής:

Η στήριξη του μέλους για να αναλάβει πλήρως την ευθύνη του εαυτού του

Η υποστήριξη του μέλους για την ένταξή του στην αγορά εργασίας

Η ενίσχυση του μέλους αναφορικά με τον επαγγελματικό του προσανατολισμό και την επαγγελματική του κατάρτιση

Η ενεργοποίηση των κοινωνικών δικτύων για την υποστήριξη του μέλους, κοινωνικά και επαγγελματικά.

Ο επαναπροσδιορισμός των σχέσεων, φιλικών, ερωτικών, οικογενειακών, μέσα από την διαφορετική στάση ζωής που ακολουθεί «σήμερα»

Η αντιμετώπιση νομικών εκκρεμοτήτων και προβλημάτων υγείας

Η πρόληψη της υποτροπής.

Η μετάβαση στην φάση Κοινωνικής Επανένταξης γίνεται μετά από παραπομπή από την Θεραπευτική Κοινότητα. Στο πλαίσιο αυτό πραγματοποιείται μια πρώτη (ενημερωτική) συνάντηση του μέλους με το προσωπικό του Κέντρου Επανένταξης, κατά την οποία παρουσιάζεται τον πλαίσιο λειτουργίας του Κέντρου και ο τρόπος συμβολής του στην θεραπεία, συζητείται το ιστορικό του στην Κοινότητα, οι ανάγκες του μέλους κλπ. Κατά την δεύτερη συνάντηση με το προσωπικό του Κέντρου Επανένταξης, η συζήτηση επικεντρώνεται στα σημεία που χρειάζεται παρέμβαση και καθορίζεται το που πρέπει να εστιάσει η θεραπεία.. Παράλληλα συμπληρώνει το έντυπο «Συμβόλαιο Επανένταξης» το οποίο συζητάει με το προσωπικό στην τρίτη συνάντηση και το οποίο σηματοδοτεί την εισαγωγή του μέλους στην σχετική φάση. Στην συνέχεια ακολουθεί η διαδικασία intake στο πλαίσιο της οποίας το μέλος εντάσσεται σε μια αρχική ομάδα μελών, και συζητά διάφορα θέματα με τα μέλη και το θεραπευτικό προσωπικό. Στο ίδια διαδικασία, συντάσσεται το έντυπο «Σύμβαση Παροχής Στέγης» και παραδίδονται στο μέλος κλειδιά δωματίου του Ξενώνα (στις περιπτώσεις που το Κέντρο διαθέτει Ξενώνα).

Κατά την διάρκεια παραμονής τους στο Κέντρο Κοινωνικής Επανένταξης, όλα τα μέλη εντάσσονται σε μία ομάδα (υπάρχουν πολλές ίδιες ομάδες στις οποίες μοιράζονται τα μέλη). Οι ομάδες αυτές συναντώνται μία φορά την εβδομάδα με το θεραπευτικό προσωπικό (ομαδική συνάντηση). Επίσης κάθε μέλος μπορεί να έχει ατομικές συναντήσεις με το θεραπευτικό προσωπικό, εφόσον το ζητήσει ή το θεωρήσει απαραίτητο το προσωπικό.

Ανά 3 μήνες διεξάγεται ολόημερη συνάντηση των μελών (θεραπευτική ημέρα), στο πλαίσιο της οποίας πραγματοποιούνται βιωματικά σεμινάρια, θεραπευτικές ασκήσεις, ανταγωνιστικός διάλογος κλπ. Επίσης, πραγματοποιείται (μία φορά συνολικά) μια οικογενειακή συνάντηση, είτε ατομική (οικογένεια μέλους και μέλος) είτε πολλαπλών οικογενειών (πολλές οικογένειες μαζί).

Στις συναντήσεις αυτές το θεραπευτικό προσωπικό καταγράφει πρακτικά, τα οποία περιλαμβάνονται στον φάκελο μέλους (μόνο για τις ατομικές συναντήσεις). Σε όλες τις συναντήσεις τηρείται Παρουσιολόγιο από το θεραπευτικό προσωπικό. Κατά την διάρκεια

παραμονής στο Κέντρο, μπορεί να ανατεθούν αναθέσεις στα μέλη (π.χ. εστίαση σε ένα προσωπικό θέμα), τα αποτελέσματα των οποίων περιλαμβάνονται στον φάκελο μέλους. Μόλις τελειώσουν το πρώτο στάδιο της Κοινωνικής Επανάταξης (περίπου 14-15 μήνες) τα μέλη συντάσσουν τον «Ατομικό Απολογισμό Πορείας Επανάταξης», για να περάσουν στη φάση των "ολοκληρωσάντων" (αίτημα μετάβασης).

Το μέλος καλείται να διαβάσει τον απολογισμό του στην ομάδα του όπου κρίνεται και η καταλληλότητα του για να πάει στους ολοκληρώσαντες και αποχαιρετά. Ένα μήνα μετά πραγματοποιεί ατομική συνάντηση με τον Υπεύθυνο του Κέντρου, η οποία είναι υποστηρικτική για να προχωρήσει. Κατά την φάση των ολοκληρωσάντων σταματάει το κλασσικό πλαίσιο συναντήσεων. Συναντήσεις πλέον γίνονται ανά 3 μήνες για διάστημα ενός έτους, και δεν έχουν θεραπευτικό ρόλο (δίνουν απλά το στίγμα) ενώ και δεν τηρούνται περαιτέρω στοιχεία για το μέλος (μόνο αν προκύψει κάτι ιδιαίτερο).

Στις περιπτώσεις που το μέλος χρειάζεται θεραπευτική βοήθεια, μπορεί να ζητήσει ατομική συνάντηση με το θεραπευτικό προσωπικό. Μετά την ολοκλήρωση της φάσης των ολοκληρωσάντων, το Μέλος υποβάλλει «Αίτημα Αποφοίτησης» με άξονες εργασιακή κατάσταση, αυτονόμηση, σχέσεις, χρήση αλκοόλ, παραβατικότητα, κ.ά .

Το ανάλογο έντυπο συμπληρώνεται από το μέλος στο σπίτι του, και στην συνέχεια καλείται να το παρουσιάσει στο πλαίσιο της ομάδας των ολοκληρωσάντων. Εφόσον το μέλος πληροί τα κριτήρια, στην συνέχεια αποφοιτεί. Ιδιαίτερο βάρος δίδεται στην επαγγελματική κατάρτιση και αποκατάσταση των μελών. Μέσω του δικτύου συνεργασίας που έχει αναπτυχθεί με οργανισμούς εκπαίδευσης, παρέχονται υποτροφίες σε αντικείμενα της επιλογής τους ώστε να αποκτήσουν επαγγελματική κατάρτιση, να συμπληρώσουν τις σπουδές τους ή να αξιοποιήσουν δημιουργικά τον ελεύθερο χρόνο τους. Σε ότι αφορά τον επαγγελματικό προσανατολισμό των μελών στο Κέντρο Κοινωνικής Επανάταξης λειτουργεί συνήθως γραφείο εύρεσης εργασίας και υποστήριξης.

## **Μονάδα Απεξάρτησης 18 ΑΝΩ**

Μονάδα Απεξάρτησης 18 Ανω ανήκει διοικητικά στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, το οποίο από της ίδρυσής του και για πολλά χρόνια νοσήλευε εξαρτημένους από ουσίες και αλκοόλ. Η πρώτη εισαγωγή εξαρτημένου καταγράφεται το 1926, ενώ στα χρόνια

που ακολούθησαν παρατηρήθηκε μεγάλη αύξηση εισαγωγών εξαρτημένων ιδιαίτερα στις περιόδους 1928-1933 και 1942-1945.

Το 1961 με ενέργειες του ψυχιάτρου Ραπίδη δημιουργείται κλινική τοξικομανών – αλκοολικών και το 1972 εγκαθίσταται στο περίπτερο (κτήριο) Νο 18 Άνω (επάνω όροφος). Το 1987 με πρωτοβουλία της τότε ομάδας θεραπευτών, η Μονάδα έπαψε να δέχεται περιστατικά κατόπιν εισαγγελικής παραγγελίας και ταυτοχρόνως υιοθέτησε ως μέθοδο θεραπευτικής αντιμετώπισης της εξάρτησης, την ψυχοθεραπεία και την τέχνη-θεραπεία. Το 1993 ξεκίνησε η λειτουργία του 10ου Περιπτέρου ως τμήμα Σωματικής Αποτοξίνωσης, το οποίο λειτούργησε έως το 1997. Το 1995 το 18 Άνω χωρίστηκε σε δύο ανεξάρτητες Μονάδες αυτές των Τοξικομανών και των Αλκοολικών.

Η Μονάδα απεξάρτησης 18 Άνω το 1987 διέθετε δύο Τμήματα (υποδοχής και ψυχολογικής απεξάρτησης), έκτοτε αναπτύχθηκε και σήμερα λειτουργεί 33 Τμήματα και Προγράμματα. Το πρόγραμμα είναι στελεχωμένο από εκπαιδευμένους θεραπευτές (ψυχιάτρους, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, επισκέπτες υγείας, πρώην χρήστες κ.λ.π.) και διαρκεί ενάμιση χρόνο περίπου. Το Πρόγραμμα της Μονάδας μας για ενήλικες χωρίζεται σε τρεις φάσεις.

Βασικές αρχές και στόχοι του 18 ΑΝΩ όπως αναφέρονται και στην ιστοσελίδα τους είναι:

- Δωρεάν παροχή υπηρεσιών, ελεύθερη πρόσβαση σε όσους έχουν ανάγκη των προσφερόμενων υπηρεσιών (χρήστες ουσιών, οικογένειες κ.λ.π.).
- Παροχή υπηρεσιών χωρίς διακρίσεις, ανεξάρτητα από φυλή, δόγμα, θρησκεία, φύλο, εθνικότητα, σεξουαλικό προσανατολισμό, ηλικία, σωματική κατάσταση, πολιτικές πεποιθήσεις, ποινικό μητρώο, οικονομική κατάσταση κ. λ. π.
- Η οικειοθελής προσέλευση του εξαρτημένου στις υπηρεσίες του Προγράμματος. Η υποχρεωτική θεραπεία είναι αναποτελεσματική και παραβιάζει το θεμελιώδες δικαίωμα του εξαρτημένου ατόμου να αναθεωρήσει τη στάση του και να αιτηθεί θεραπείας.
- Η βάση λειτουργίας του 18 Άνω είναι ο ανθρωποκεντισμός, η ισοτιμία και η συλλογικότητα.
- Το 18 ΑΝΩ λειτουργεί ως πλαίσιο θεραπείας, ως πλαίσιο διεκδίκησης κοινωνικής και πολιτισμικής, ως χώρος αυτογνωσίας, ελευθερίας, πολιτισμού, δημιουργικότητας και αυτονομίας. Όλα τα παραπάνω του προσδίδουν κινηματικό χαρακτήρα.
- Η διαδικασία της απεξάρτησης, έχει καθαρά πολιτισμική διάσταση, η οποία ταυτοχρόνως είναι θεραπευτική.

- Δεν υιοθετούνται θεραπευτικά μοντέλα, ακολουθείται η αρχή της «θεραπευτικής πολυφωνίας», με την εφαρμογή πολλών τύπων Προγραμμάτων θεραπείας απεξάρτησης.
- Στο 18 ΑΝΩ η θεραπευτική προσέγγιση είναι ψυχοκοινωνική και διαλεκτική χωρίς τη χρησιμοποίηση υποκατάστατων. Ο εξαρτημένος δεν αντιμετωπίζεται ως «ασθενής», ούτε ως παθητικό αντικείμενο νοσηλευτικών φροντίδων αλλά ως υποκείμενο και πρωταγωνιστής της θεραπευτικής διαδικασίας, στην οποία συμμετέχει ενεργά και επιδιώκει την αλλαγή τρόπου ζωής, με αξίες, στόχους, χωρίς ουσίες και φυγές οποιουδήποτε τύπου.
- Το θεραπευτικό δεν ταυτίζεται με το ιατρικό, όπως τείνει να επικρατήσει στην εποχή μας. Η λέξη θεραπεία χρησιμοποιείται με την έννοια της ίασης της διαταραγμένης σχέσης του εξαρτημένου με το σώμα του, το χώρο, το χρόνο, τον κόσμο και τον εαυτό του μέσα σ' αυτόν. Ο ιατρικός λόγος είναι ένας από τους λόγους που ακούγονται, μαζί με το λόγο της ψυχοθεραπείας, της κοινωνιολογίας, της φιλοσοφίας, της ψυχανάλυσης, της τέχνης κ.λπ.
- Η θεραπεία απεξάρτησης δεν μπορεί να ανάγεται στην ατομική παρακολούθηση σε ιδιωτικό γραφείο κάποιου ειδικού. Δεν μπορεί επίσης να συντελείται σε ψυχιατρείο, δημόσιο ή ιδιωτικό. Απαιτεί ειδικό πλαίσιο, ειδική δομή, με το δικό της πρόγραμμα και τις δικές της υπηρεσίες.
- Σημαντικά εργαλεία της θεραπείας είναι η ψυχοθεραπεία, ατομική και ομαδική, η τέχνη και η συμμετοχή στο κοινωνικό γίγνεσθαι.
- Η απεξάρτηση στηρίζεται στην αρχή του θεραπευτικού συνεχούς, δηλαδή το εξαρτημένο άτομο εμπλέκεται σε μία ψυχοθεραπευτική σχέση, η οποία αποτελεί το βασικό εργαλείο – όχημα με το οποίο θα ολοκληρώσει αυτό το «ταξίδι στη γνώση και την αλλαγή».
- Η απεξάρτηση επίσης στηρίζεται στη βάση της ομάδας θεραπειών («θεραπευτικής ομάδας»), η οποία αποτελείται από έμπειρο και εκπαιδευμένο προσωπικό, διαφορετικών ειδικοτήτων αλλά με κοινή γλώσσα και φιλοσοφία.
- Οι περιπτώσεις «διπλής διάγνωσης» αντιμετωπίζονται και στα δύο επίπεδα (της ψυχιατρικής συμπτωματολογίας και της εξάρτησης) σε στενή συνεργασία με ψυχίατρο της Μονάδας, που χορηγεί και φαρμακευτική αγωγή, εφόσον κριθεί αναγκαία και για όσο διάστημα χρειασθεί.
- Γενικός στόχος των Προγραμμάτων είναι η πλήρης απεξάρτηση του ατόμου από τις ουσίες μέσα από τη ριζική αλλαγή του τρόπου ζωής και η αυτονόμησή του σε όλα τα επίπεδα.

## Ανώνυμοι Αλκοολικοί

Οι Ανώνυμοι Αλκοολικοί είναι μια διεθνής αδελφότητα ανδρών και γυναικών που είχαν πρόβλημα με το ποτό. Είναι μια μη επαγγελματική, αυτο-υποστηριζόμενη, πολυφυλετική, απολιτική αδελφότητα και βρίσκεται σχεδόν σε όλο τον κόσμο. Δεν υπάρχουν περιορισμοί ηλικίας ή εκπαίδευσης. Η ιδιότητα μέλους είναι ανοιχτή σε όποιον θέλει να κάνει κάτι για το πρόβλημα που αντιμετωπίζει με το αλκοόλ. Δεν υπάρχουν συνδρομές και οι οργάνωση συντηρείται από τα μέλη της. Έχει κατά τόπους αδελφότητες σε όλη την Ελλάδα αλλά και σχεδόν σε όλο τον κόσμο.

## Θεραπευτικές προσεγγίσεις

### Τα προγράμματα φαρμακευτικής αγωγής

Τα προγράμματα φαρμακευτικής αγωγής αντιλαμβάνονται την εξάρτηση ως νόσο και τον εξαρτημένο ως ασθενή. Αν και η ψυχολογική υποστήριξη είναι απολύτως αποδεκτή για τη συγκεκριμένη προσέγγιση, το βασικό εργαλείο της είναι η φαρμακευτική παρέμβαση. Στόχος της είναι η αντιμετώπιση της αυξανουσας επιθυμίας για τη λήψη της ουσίας όσο και των συμπτωμάτων που συνδέονται με τη διακοπή της λήψης της. Οι χρησιμοποιούμενες φαρμακευτικές ουσίες διακρίνονται σε υποκατάστατα και σε ανταγωνιστές του συμπτώματος.

Τα υποκατάστατα παράγουν συμπτώματα ανάλογα με αυτά της ψυχοδραστικής ουσίας. Εξαιτίας, όμως, του τρόπου χρήσης, του στόχου και του περιβάλλοντος οι επιπτώσεις τους αφορούν μόνον την αλλοίωση της συνείδησης ή της διάθεσης. Δεν φαίνεται να σχετίζονται με τις συνέπειες της χρόνιας χρήσης παράνομων ουσιών. Οι ανταγωνιστές από την άλλη μεριά, έχουν την ιδιότητα να αποκλείουν την εμφάνιση ευφορικών αποτελεσμάτων που προκύπτουν, συνήθως, μετά την λήψη της ψυχοτρόπου ουσίας. Ειδικότερα για τα οπιοειδή, η μεθαδόνη αρχικά, η ναλτρεξόνη και η βουπρενορφίνη αργότερα, αποτελούν,

κυρίως, τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται ευρέως στην αντιμετώπιση της εξάρτησης. Αντίστοιχα, τα προγράμματα χορήγησης φαρμακευτικής αγωγής διακρίνονται σε προγράμματα μεθαδόνης, ναλτρεξόνης και βουπρενορφίνης. Τα προγράμματα μεθαδόνης είναι τα περισσότερο διαδεδομένα προγράμματα υποκατάστασης και παρουσιάζουν πολλές παραλλαγές στην οργάνωση, τις αρχές και τους στόχους τους (DARP, 1969 – 1972).

Η μεθαδόνη είναι συνθετικό αναλγητικό με φαρμακολογικές ιδιότητες ανάλογες της μορφίνης. Με τη μορφή διαλύματος ή δισκίων (υδροχλωρική μεθαδόνη), όπως κατά κανόνα χρησιμοποιείται στις θεραπείες υποκατάστασης, προκαλεί αναλγησία και ευφορία. Επίσης, προκαλεί φυσική εξάρτηση και εξατομικευμένη ανάπτυξη ανοχής. Ευφορία προκαλεί, κυρίως, κατά την ενδοφλέβια χρήση και ψυχική εξάρτηση μετά από επανειλημμένες χρήσεις (Μαρσέλλος, 1997).

Η πρώτη μελέτη για την για την χρήση μεθαδόνης στην αντιμετώπιση των στερητικών από την ηρωίνη, χρονολογείται από το 1949 . Εκεί καταδεικνύεται ότι αρκεί μια εφάπαξ ημερήσια χορήγηση μεθαδόνης και προτείνεται ένα πρωτόκολλο σωματικής αποτοξίνωσης από την ηρωίνη με τη χορήγηση μειούμενων δόσεων μεθαδόνης για ένα χρονικό διάστημα, περίπου, δύο εβδομάδων. Στη δεκαετία του 1970, η ταχεία αύξηση του αριθμού των συμμετεχόντων στα προγράμματα υποκατάστασης, τόσο στις Η.Π.Α. όσο και την Ευρώπη, συνδέεται με σημαντικές αλλαγές στον αρχικό σχεδιασμό τους.

Οι αλλαγές αυτές οφείλονται στην ανάπτυξη της έρευνας πάνω στο θέμα, στις νέες πολιτικές υγείας, αλλά και, κυρίως στις ΗΠΑ, στη μείωση των δημόσιων δαπανών και πόρων προς τις ψυχοκοινωνικές μορφές θεραπείας. Οι μεταβολές αυτές περιλαμβάνουν:

1. την αναπροσαρμογή των κριτηρίων εισαγωγής. Περισσότεροι εξαρτημένοι από οπιούχα να έχουν τη δυνατότητα εισαγωγής σε ένα πρόγραμμα υποκατάστασης
2. την πλήρη σχεδόν εγκατάλειψη της εσωτερικής νοσηλείας ως πρώτης φάσης ενός προγράμματος υποκατάστατων
3. τη σημαντική μείωση των τοξικολογικών αναλύσεων
4. τη μεγαλύτερη ανεκτικότητα των προγραμμάτων στην παράλληλη χρήση ουσιών

Η ναλτρεξόνη και βουπρενορφίνη ανήκουν στην ομάδα ανταγωνιστών των οπιοειδών ουσιών. Ήδη από τη δεκαετία του '60 καταγράφονται πειράματα με την ουσία ναλοξόνη. Τα πειράματα καταδεικνύουν ότι η ναλοξόνη, ένας πλήρης ανταγωνιστής, δεν έχει εθιστικές ιδιότητες ή παρενέργειες . Παρά το γεγονός, όμως, ότι είναι κατάλληλο για την αντιμετώπιση της τοξίκωσης από τα οπιοειδή, είναι ακατάλληλο για μια θεραπεία ανταγωνιστών. Η ναλοξόνη δεν απορροφάται ικανοποιητικά από το πεπτικό σύστημα και η δράση της διαρκεί



2-3 ώρες. Στις αρχές της δεκαετίας του '90 εμφανίζεται η ναλτρεξόνη, ανταγωνιστής με σχετικά μικρές παρενέργειες. Οι σημαντικές διαφορές από τη ναλοξόνη είναι δύο: η διάρκεια δράσης της ναλτρεξόνης είναι τουλάχιστον σαράντα οχτώ ώρες επαρκούς ανταγωνιστικής δράσης και δεν απαιτείται η παρεντερική χορήγησή της, Η βουπρενορφίνη, επίσης, χρησιμοποιείται στην αντιμετώπιση της εξάρτησης από τη δεκαετία του '90. Χορηγείται, όπως και η ναλτρεξόνη, από το στόμα ή υπογλωσσίως και διαθέτει σημαντικές ανταγωνιστικές ιδιότητες. Ωστόσο, οι έντονα εθιστικές της ιδιότητες θέτουν περιορισμούς στην χρήση της (Λιάππας, 2003).

Η έρευνα των Ball και Ross (1985-1991) μελετά διεξοδικά τις προδιαγραφές λειτουργίας των προγραμμάτων υποκατάστασης σε σχέση με την αποτελεσματικότητά τους. Σύμφωνα με τα πορίσματά της τα χαρακτηριστικά ενός αποδοτικού προγράμματος είναι η μείωση της βλάβης ως στόχος, η επαρκής δοσολογία, η μακρόχρονη χορήγηση, οι αναβαθμισμένες ιατρικές υπηρεσίες, η ψυχοκοινωνική στήριξη, η μικρή διαρροή του προσωπικού και η εγκατάσταση μακρόχρονης θεραπευτικής σχέσης με τους εξυπηρετούμενους. Σημειώνεται, ότι η θεραπεία υποκατάστατων παρέχει την δυνατότητα στο χρήστη να χορηγείται χρονίως μία ουσία, αν θεωρεί ότι τον απομακρύνει από προηγούμενες αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές. Εξάλλου, σύμφωνα με την κεντρική της υπόθεση, η χορηγούμενη δοσολογία είναι δυνατόν να μειώνεται διαρκώς έως τον πλήρη μηδενισμό της.

Σε κάθε περίπτωση αποτελεί μία κοινά αποδεκτή θεραπευτική πρόταση απεξάρτησης παρόλο που δεν εμποδίζει την παράλληλη χρήση ψυχοδραστικών μη-οπιοειδών ουσιών και δεν θεραπεύει την ψυχολογική εξάρτηση.

## **Προγράμματα ψυχοκοινωνικής υποστήριξης**

Η ψυχοκοινωνική προσέγγιση αντιλαμβάνεται την εξάρτηση ως συνδυασμό βιολογικών, κοινωνικών και ψυχολογικών δυσλειτουργιών που συμπίπτουν σε μια χρονική περίοδο, οδηγούν το άτομο στην υπερκατανάλωση μιας ουσίας και τελικά στην εξάρτηση από αυτή. Θεωρεί, επίσης, ότι η σωματική απεξάρτηση αποτοξίνωση, αποτελεί μόνο μια πρώτη φάση στη διαδικασία απεξάρτησης. Η τελευταία συμπληρώνεται από τη φάση της ψυχικής απεξάρτησης, την αντιμετώπιση δηλαδή των ψυχολογικών και κοινωνικών αιτίων που επιβάλλουν την εξάρτηση. Για την αντιμετώπιση της προτείνει ένα πλέγμα παρεμβάσεων

που ενισχύουν το άτομο να επιλέξει συμπεριφορές που αποκλείουν τη χρήση ουσιών ως μέσων διαχείρισης των προβλημάτων που βιώνει.

Αντιλαμβανόμενη τη χρήση, την κατάχρηση και την εξάρτηση ως μια δυναμική διαδικασία στην οποία σταδιακά περνά ο εξαρτημένος χωρίς απαραίτητα να πρέπει να διατρέξει το σύνολο αυτής της πορείας, η συγκεκριμένη προσέγγιση συνδέει την απεξάρτηση με μια ανάλογη

Τα προγράμματα ψυχοκοινωνικής υποστήριξης διακρίνονται σε ανοικτά και κλειστά, αναλόγως αν παρέχουν 24ωρη εσωτερικής διαμονής υποστήριξη ή όχι. Στα δεύτερα συμπεριλαμβάνεται το μοντέλο της θεραπευτική κοινότητας. Οι γενικές αρχές, και οι κανόνες που διέπουν την λειτουργία της, καλύπτουν, τουλάχιστον, σε αδρές γραμμές, την ψυχοκοινωνική θεραπευτική πρόταση.

Η πορεία κατά την οποία ο εξαρτημένος καλείται να υιοθετήσει αλλαγές νοηματοδοτώντας τόσο τη χρήση όσο και την απεξάρτησή του. Η θεραπευτική κοινότητα αποτελεί ένα από τα βασικότερα μοντέλα των προγραμμάτων απεξάρτησης από τις ψυχοδραστικές ουσίες.

Ως θεραπευτική πρακτική προτείνεται συστηματικά τα τελευταία 40 χρόνια. Αποτελεί ένα χώρο 24ωρης διαβίωσης όπου ισχύουν τουλάχιστον 3 τρεις βασικοί κανονισμοί. Δεν επιτρέπεται η χρήση ψυχοτρόπων ουσιών (συμπεριλαμβανομένου και του αλκοόλ), η άσκηση βίας ( σωματική ή λεκτική) και οι σεξουαλικές σχέσεις μεταξύ των μελών της θεραπευτικής κοινότητας. Η καθημερινή λειτουργία της κοινότητας επαφίεται στους θεραπευμένους. Αυτοί είναι οργανωμένοι σε ομάδες εργασίας, με ιεραρχική δομή και σαφώς διακριτά αντικείμενα π.χ. ομάδα κουζίνας, ομάδα καθαριότητας κ.α.

Η θεραπεία είναι οργανωμένη σε φάσεις. Για την συμμετοχή σε κάθε στάδιο λαμβάνονται υπόψη δύο ταυτόχρονα κριτήρια, τα οποία, συνήθως, συμπίπτουν. Αυτά είναι ο χρόνος παραμονής και η θέση στην ιεραρχία. Σε κάθε στάδιο αντιστοιχεί και διαφορετικό επίπεδο 1. προσωπικής ευθύνης: τι κάνω με τα θέματα που με αφορούν ως πρόσωπο και 2. κοινωνικής ευθύνης: τι κάνω με τα θέματα που προκύπτουν από τη σχέση μου με τους άλλους.

Η επιρροή που ασκεί η ομάδα ομότιμων διαμέσου μίας μεγάλης ποικιλίας ομαδικών διαδικασιών, υποστηρίζει το άτομο να διερευνήσει και να εκφράσει τα συναισθήματα του, να αφομοιώσει κοινωνικούς κανόνες και να αναπτύξει κοινωνικές δεξιότητες. Η ουσιαστική διαφορά της θεραπευτικής κοινότητας από τις υπόλοιπες θεραπευτικές προσεγγίσεις είναι ακριβώς η χρήση της έννοιας της κοινότητας, του «μαζί», ως μεθόδου απεξάρτησης. Σε αυτό το πλαίσιο το θεραπευτικό προσωπικό αλληλεπιδρά με τα μέλη σε θεραπεία. Η σχέση που

αναδύεται από την αλληλεπίδραση θεωρείται κατεξοχήν θεραπευτική. Επιτρέπει στους θεραπευμένους να εξερευνήσουν και να αλλάξουν στάσεις, αντιλήψεις και συμπεριφορές προερχόμενες από την κατάχρηση των ψυχοτρόπων ουσιών

Επίσης, πέρα από τον σχεσιακό ιστό μεταξύ των εμπλεκομένων στην θεραπευτική κοινότητα, δύο ακόμα σημαντικοί παράγοντες αλλαγής απορρέουν από τις έννοιες της αυτοβοήθειας και της αλληλοβοήθειας. Η πρώτη σημαίνει ότι το άτομο έχει την ευθύνη της αλλαγής του ενώ η δεύτερη ότι ευθύνη για την ατομική αλλαγή των μελών της φέρει και η ομάδα των ομοτίμων. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, το θεραπευτικό προσωπικό έχει εποπτικό και συντονιστικό ρόλο στις ομάδες θεραπείας και εργασίας αντίστοιχα, με αναλογία προσωπικού θεραπευομένων 1:10.

Σημειώνεται τέλος, ότι η θεραπευτική κοινότητα υποδέχεται από την μία μεριά εξαρτημένους που έχουν μία ιστορία κοινωνικής λειτουργικότητας (εκπαίδευση, εργασία, οικογενειακές σχέσεις κ.α.). Στην περίπτωση αυτή χρειάζεται να επανεντάσσονται, να επουλώνουν τις σχέσεις που έχουν διαρραγεί κατά την διάρκεια της διαδρομής τους από την χρήση στην εξάρτηση. Από την άλλη, εξαρτημένους που δεν έχουν διαμορφώσει ένα λειτουργικό τρόπο ζωής (κακοποίηση στην παιδική ηλικία, ελλιπής εκπαίδευση, παραβατική συμπεριφορά, φυλάκιση κ.α.). Για αυτούς η κοινότητα αποτελεί κατά κάποιο τρόπο χώρο ενηλικίωσης και εκπαίδευσης σε ένα νέο τρόπο ζωής, ώστε να ενταχθούν στην περιβάλλουσα κοινωνία.

Οι δύο θεωρήσεις φαίνεται να διαφέρουν στα εξής σημεία. Η πρώτη εισηγείται μια, μάλλον, μακρόχρονη φαρμακευτική αγωγή για τον ασθενή εξαρτημένο. Η δεύτερη συνδέεται με μια ενσυνείδητη αναγνώριση της συμπεριφοράς κατάχρησης και την αντιμετώπισή της. Επίσης, διαφοροποιούνται στον τρόπο με τον οποίο συγκροτούν την κλινική πρακτική και την οργάνωση των θεραπευτικών στόχων, στα πεδία κοινού ενδιαφέροντος, τα οποία είναι τα εξής :

Καταρχήν, για όλα τα θεραπευτικά προγράμματα, που αντιμετωπίζουν την προβληματική χρήση και την εξάρτηση, ένας κοινός μείζων στόχος είναι η μείωση ή και η αποχή από την χρήση ψυχοδραστικών απαγορευμένων ουσιών. Ένας κοινός δεύτερος στόχος αφορά τη μείωση των κινδύνων που απορρέουν από τη χρήση και αφορούν την υγεία, την κοινωνική λειτουργικότητα και την ενεργοποίηση των προσωπικών δεξιοτήτων των ατόμων στην καθημερινή τους ζωή. Τέλος, ένας τρίτος στόχος συνδέεται με τη μείωση των κινδύνων που συνδέουν την χρήση και κατάχρηση ουσιών με αντικοινωνική συμπεριφορά η οποία επιφέρει κοινωνικό αποκλεισμό, εγκλεισμό και απομόνωση (Πουλόπουλος, 2005). Η έρευνα άλλωστε αποδεικνύει ότι η μείωση του συνόλου των επιπτώσεων από την κατάχρηση

ουσιών, ανεξάρτητα από την προσέγγιση, είναι πολύ μεγαλύτερη για όσους συμμετέχουν σε κάποια θεραπευτική παρέμβαση από όσους δεν συμμετέχουν.

## Εναλλακτικές θεραπευτικές μέθοδοι

### Η κοινωνική υποστήριξη (social support)

Η έννοια της κοινωνικής υποστήριξης συνδέεται με διάφορους τρόπους με το φαινόμενο της υποτροπής στις εξαρτήσεις. Καταρχήν θεωρείται ότι αποτελεί ένα προστατευτικό πλαίσιο σε αγχογόνα γεγονότα της ζωής, τα οποία γενικώς θεωρούνται ως σημεία εκκίνησης μίας υποτροπής.

Κατά μία άλλη συναφή προσέγγιση η ύπαρξη κοινωνικής υποστήριξης από το περιβάλλον του απεξαρτημένου, προάγει την ποιότητα β7 ζωής του και κατά αυτόν τον τρόπο λειτουργεί προστατευτικά για αυτόν, ανεξαρτήτως αν ο τελευταίος αντιμετωπίζει η όχι αγχογόνες καταστάσεις.

Μια ενδιαφέρουσα διάσταση της κοινωνικής υποστήριξης, η οποία όμως δεν έχει μελετηθεί διεξοδικά, είναι αυτή των αρνητικών συνεπειών τις οποίες αυτή, πιθανώς, επιφέρει. Η αρνητική διάσταση της κοινωνικής υποστήριξης στις εξαρτήσεις συνδέεται με την οικογένεια, τους συζύγους, τις ομάδες ομότιμων.

Η νεώτερη έρευνα σχετικά με την κοινωνική υποστήριξη εστιάζει στο επίπεδο της συναισθηματικής υποστήριξης, θεωρώντας την τελευταία παράγοντα διατήρησης της αποχής η αποτροπής της υποτροπής. Σε αυτό το πλαίσιο μελετά την ποιότητα της παρεχόμενης κοινωνικής υποστήριξης, την διαθεσιμότητα παροχής αυτής καθώς και την σύνθεση των δικτύων παροχής υποστήριξης. Τέλος, το ενδιαφέρον για τον παράγοντα αυτόν ανανεώθηκε από το ρόλο τον οποίο εκτιμάται ότι διαδραματίζει στο δυναμικό μοντέλο Πρόληψης της Υποτροπής.

## Ο ρόλος του φύλου στην υποτροπή

Το φύλο παίζει επίσης ένα σημαντικό ρόλο στην υποτροπή. Καταρχήν, οι έρευνες δείχνουν ότι οι γυναίκες σε θεραπεία απεξάρτησης έχουν την τάση να υποτροπιάζουν σε μικρότερο ποσοστό από τους άνδρες. Μία σχετικά ευρέως αποδεκτή εξήγηση που δίνεται είναι η μεγαλύτερη ικανότητα των γυναικών να εμπλέκονται σε ομαδικές θεραπευτικές διαδικασίες. Επίσης, φαίνεται ότι αναζητούν και δέχονται υποστήριξη για το πρόβλημά τους ευκολότερα από τους άνδρες. Από την άλλη, οι γυναίκες αναφέρουν κυρίως τα αρνητικά συναισθήματα και τα προβλήματα στις διαπροσωπικές σχέσεις ως καταστάσεις που οδηγούν στην υποτροπή ενώ οι άνδρες συνδέουν την υποτροπή τους με, μάλλον, θετικά συναισθήματα.

Ακόμα, οι άνδρες υποτροπιάζουν συνήθως μόνοι, ενώ οι γυναίκες με την παρουσία συντρόφου και επιπλέον οι άνδρες εκλογικεύουν την υποτροπή τους μεγαλύτερο βαθμό 70 από τις γυναίκες που αναφέρονται κυρίως στην παρορμητικότητά τους

. Εξάλλου, μεταξύ των δύο φύλων παρουσιάζονται διαφορές και στην ψυχική διαταραχή που πιθανώς συνοδεύει την εξάρτηση από τις ψυχοτρόπες ουσίες. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η μετατραυματική διαταραχή η οποία φαίνεται να αφορά το 30% έως 65% των γυναικών που αναζητούν θεραπεία. Μια σειρά πρόσφατων ερευνών μελετούν διεξοδικά τις διαφορές των δύο φύλων σε σχέση με την συνοσηρότητα.

Η αποσπασματικότητα των ερευνών που παρουσιάζονται μέχρι εδώ είναι εμφανής. Εστιάζοντας σε ένα, κυρίως, αιτιολογικό παράγοντα της υποτροπής, αδυνατούν να συμπεριλάβουν τους υπόλοιπους παράγοντες, τους οποίους την ίδια στιγμή υποδεικνύουν οι έρευνες που διεξάγονται παράλληλα. Προκύπτει, επομένως, η ανάγκη να οργανωθούν σε ένα συνεκτικό σύνολο τόσο ο κύριος όγκος της έρευνας όσο και οι γενεσιουργοί παράγοντες της υποτροπής. Η ανάγκη αυτή συνδέεται βεβαίως με την πρόθεση. Αφενός να διατυπωθεί μία θεωρία για την υποτροπή στις εξαρτήσεις. Αφετέρου, να προταθεί ένα μοντέλο το οποίο να έχει άμεση εφαρμογή στην κλινική πρακτική. Οι κυριότερες από τις τάσεις ταξινόμησης των ερευνών για την υποτροπή παρουσιάζονται στην συνέχεια του κειμένου.

## Κοινωνική Επανάταξη

Το 2005 λειτούργησαν 16 κέντρα κοινωνικής επανένταξης απεξαρτημένων εφήβων και ενηλίκων σε Αθήνα, Θεσσαλονίκη, Πειραιά, Ηράκλειο, Βόλο, Πάτρα, Λάρισα, Ραφήνα, από τα οποία τα 11 ανήκουν στο ΚΕΘΕΑ, τα δύο στον ΟΚΑΝΑ, δύο στα προγράμματα του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης και ένα στην μονάδα απεξάρτησης 18άνω του ΨΝΑ. Η συνολική δυναμικότητα ήταν 615 άτομα ενώ ο συνολικός αριθμός αυτών που δέχτηκαν υπηρεσίες ήταν 734 (ΕΚΤΕΠΝ, 2006). Με στόχο την ενίσχυση της διαδικασίας ένταξης, το ΚΕΘΕΑ λειτουργεί τέσσερα εναλλακτικά σχολεία, σε Αθήνα, Λάρισα, Θεσσαλονίκη και Ηράκλειο. Πρόγραμμα εναλλακτικού σχολείου λειτούργησε επίσης από το ΨΝΘ στη Θεσσαλονίκη και από το ΨΝΑ στην Αθήνα. Επιπλέον ο ΟΚΑΝΑ και το ΚΕΘΕΑ λειτουργούν υπηρεσίες νομικής υποστήριξης σε συνεργασία με τους δικηγορικούς συλλόγους της χώρας. Ο ΟΑΕΔ υλοποιεί ειδικά επιδοτούμενα προγράμματα νέων θέσεων εργασίας και νέων ελεύθερων επαγγελματιών καθώς και προγράμματα επαγγελματικού προσανατολισμού και κατάρτισης με στόχο την καταπολέμηση του κοινωνικού αποκλεισμού των απεξαρτημένων.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>

### Ο ρόλος του νοσηλευτή

Οι νοσηλευτές κατέχουν ένα ρόλο «κλειδί» σε πολλά από τα σημερινά συστήματα υγείας. Ο ρόλος τους εκτείνεται σε όλα τα επίπεδα πρόληψης. Σύμφωνα με τους Edelman & Mandle (2009), πρόληψη με τη στενή έννοια σημαίνει να αποφύγει κανείς την ανάπτυξη της νόσου που είναι πιθανόν να εμφανιστεί στο μέλλον. Με την ευρεία έννοια, η πρόληψη αναφέρεται σε όλα εκείνα τα μέτρα, συμπεριλαμβανομένης συγκεκριμένης θεραπείας, τα οποία θα ληφθούν προκειμένου να περιοριστεί η εξέλιξη μιας νόσου. Έτσι, καθορίζονται τρία επίπεδα πρόληψης, πρωτογενής, δευτερογενής και τριτογενής πρόληψη.

Η πρωτογενής πρόληψη προηγείται της νόσου ή της δυσλειτουργίας. Ο στόχος των παρεμβάσεων είναι η προαγωγή της υγείας, δηλαδή περιλαμβάνονται όλες εκείνες οι ενέργειες που σκοπό έχουν την ενημέρωση των ατόμων και των ομάδων ατόμων σχετικά με τους υπάρχοντες παράγοντες κινδύνου και τον τρόπο μείωσης αυτών των παραγόντων κινδύνου.

Στη δευτερογενή πρόληψη περιλαμβάνονται οι δραστηριότητες δειγματοληψίας και θεραπείας των πρώιμων σταδίων μιας νόσου καθώς και η καθυστέρηση των συνεπειών μιας προχωρημένης νόσου. Τέλος, στην τριτογενή πρόληψη οι διαδικασίες που περιλαμβάνονται αφορούν στην ελαχιστοποίηση των αποτελεσμάτων της νόσου με δραστηριότητες εποπτείας και διατήρησης που σκοπό έχουν την πρόληψη των επιπλοκών και της επιδείνωσης και την αποκατάσταση του ατόμου. Όσον αφορά το ρόλο του νοσηλευτή στην προαγωγή της υγείας, αυτός είναι πολυδιάστατος καθώς ο νοσηλευτής έρχεται καθημερινά σε επαφή με πλήθος ανθρώπων όπως άλλους νοσηλευτές, γιατρούς, ψυχολόγους, άτομα, ασθενείς και ομάδες ατόμων. Έτσι, θα πρέπει να πληροί τους ρόλους της στήριξης, του διαχειριστή φροντίδας, του συμβούλου, του παροχέα υπηρεσιών, του επιμορφωτή, του θεραπευτή και του ερευνητή.

Κατά τη διάρκεια της νοσηλευτικής διαδικασίας, της προσπάθειας δηλαδή να μειωθεί ή να εξαλειφτεί το πρόβλημα υγείας του ατόμου ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για τη συλλογή και ανάλυση των υπάρχοντων δεδομένων προκειμένου να διαπιστωθεί το υπάρχον πρόβλημα, για το σχεδιασμό της φροντίδας του ατόμου ή της ομάδας καθώς και για την εφαρμογή και αξιολόγηση του σχεδίου που επιλέχθηκε (Edelman & Mandle, 2009). Σχετικά με το ρόλο του νοσηλευτή στις περιπτώσεις χρήσης εθιστικών ουσιών, όπως αναφέρεται από

τον WHO (2010), ο ρόλος του είναι πολυδιάστατος. Η συνεχής αύξηση των ατόμων που αναζητούν βοήθεια σε νοσηλευτικά ιδρύματα κάνει επιτακτική την ανάγκη διεύρυνσης του ρόλου του νοσηλευτή. Έτσι, ο ρόλος του εκτείνεται από τη θεραπεία ενός τραύματος που έχει προκληθεί από οξεία τοξίκωση μέχρι και την αποτοξίνωση αλλά και τη ψυχολογική υποστήριξη του ασθενή που σκοπό έχει την πρόληψη οποιασδήποτε υποτροπής προς την εξάρτηση. Ανάλογη είναι και η γνώμη του Rassol (1993) σύμφωνα με τον οποίο, ο νοσηλευτής πρέπει να αναλάβει πληθώρα ρόλων οι οποίοι εστιάζονται στην παροχή αποτελεσματικής φροντίδας, στην πρόληψη και στην εκπαίδευση. Ο εκπαιδευτικός ρόλος του νοσηλευτή είναι παρόν σε όλη τη νοσηλευτική διαδικασία και σε όλα τα επίπεδα πρόληψης και πραγματοποιείται είτε επίσημα είτε ανεπίσημα κατά τη διάρκεια αλληλεπιδράσεων νοσηλευτή-χρήστη (Rassol, 1993).

Στην πρωτογενή πρόληψη, ο εκπαιδευτικός ρόλος του νοσηλευτή εμφανίζεται με τη μορφή συμβουλών σε άτομα ή σε ομάδες ατόμων σχετικά με τους κινδύνους της τοξίκωσης, της δηλητηρίασης από το αλκοόλ, του συνδυασμού αλκοόλ και οδήγησης, των κινδύνων από τη χρήση εθιστικών ουσιών και τους τρόπους ελαχιστοποίησης των κινδύνων. Στη δευτερογενή και τριτογενή πρόληψη, ο εκπαιδευτικός ρόλος του νοσηλευτή συνίσταται κυρίως στην παροχή συμβουλών για την ελαχιστοποίηση της βλάβης που προκαλείται από τη χρήση των ουσιών αλλά και την αποφυγή της υποτροπής.

Σύμφωνα με τους Φουντούκη και Θεοφανίδη (2012) τα χαρακτηριστικά που πρέπει να διαθέτει ένας νοσηλευτής προκειμένου να πληροί και τον εκπαιδευτικό του ρόλο είναι ενεργητικότητα και διάθεση, υπομονή, κριτική ικανότητα, παιδαγωγική κατάρτιση καθώς και δεξιότητα στη μη λεκτική επικοινωνία. Ο ρόλος των νοσηλευτών σε περιπτώσεις χρήσης εθιστικών ουσιών δε διαφέρει από το γενικό ρόλο του νοσηλευτή κατά την τυπική νοσηλευτική διαδικασία. Πιο συγκεκριμένα, όπως αναφέρεται από τον Rassol (1993) και όπως μέσα από το κείμενό του φαίνεται να υποστηρίζεται από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (1991), ο ρόλος του νοσηλευτή σε αυτές τις περιπτώσεις είναι του παροχέα φροντίδας, του παιδαγωγού, του συμβούλου-θεραπευτή, του συνηγόρου, του υποστηρικτή της υγείας, του ερευνητή, του επόπτη και του συμβούλου.

Η νοσηλευτική διεργασία σύμφωνα με τους Taylor et al. (2002), αποτελείται από τα πέντε ακόλουθα στάδια: αξιολόγηση, διάγνωση, σχεδιασμός, εφαρμογή και εκτίμηση των αποτελεσμάτων. Παρακάτω θα αναλυθούν τα πέντε προαναφερθέντα στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας στη συγκεκριμένη περίπτωση ατόμου που έχει κάνει χρήση εθιστικών ουσιών.



## Νοσηλευτική Αξιολόγηση

Η αξιολόγηση είναι το πρώτο στάδιο της νοσηλευτικής διεργασίας και περιλαμβάνει τη συστηματική και συνεχή συλλογή δεδομένων του ασθενούς, την επιβεβαίωση της εγκυρότητάς τους και τη μετάδοσή τους σε άλλους επαγγελματίες υγείας. Αρχικά, γίνεται η διαλογή των ασθενών, η οποία μπορεί να διαρκέσει 2-3 λεπτά κατά τη διάρκεια της οποίας γίνεται εκτίμηση της σοβαρότητας της κατάστασης της υγείας του ατόμου. Στη συνέχεια ακολουθεί λεπτομερής εκτίμηση.

Σε αυτήν, όπως αναφέρεται από τους Coyne & Wright (1997), μπορεί να περιλαμβάνεται το είδος της ή των εθιστικών ουσιών που χρησιμοποιούνται καθώς και οι οδοί χορήγησης τους, ο χρόνος που έχει περάσει από τη λήψη τους, οι λόγοι που οδήγησαν το άτομο στη χρήση εθιστικών ουσιών, πιθανά φάρμακα που λαμβάνονται, συμπτώματα συνδρόμου στέρησης που έχουν εμφανιστεί ή εμφανίζονται τη δεδομένη χρονική περίοδο, η φυσική και ψυχολογική κατάσταση του ατόμου, πιθανές προηγούμενες θεραπείες καθώς και η διάθεση του ατόμου να συνεργαστεί στην από κοινού προσπάθεια για τη θεραπεία του. Η διαδικασία αυτή μπορεί να πραγματοποιηθεί, όπου είναι εφικτό, με τη μορφή προσωπικής συνέντευξης είτε με τη συμπλήρωση ενός ερωτηματολογίου (WHO, 2010).

Σύμφωνα με τους Coyne & Wright (1997), η αξιολόγηση είναι ένα από τα πιο σημαντικά στάδια καθώς σε αυτό το στάδιο γίνεται η αρχή της εγκαθίδρυσης της θεραπευτικής σχέσης μεταξύ του ατόμου που αναζητά βοήθεια και του νοσηλευτή. Η διαδικασία της αξιολόγησης πρέπει να γίνεται σε ένα ασφαλές, εμπιστευτικό περιβάλλον, με ευαισθησία απέναντι στο άτομο, την οικογένεια ή την κοινότητα και σεβασμό στον πολιτισμό, το φύλο, τη θρησκεία και την ηλικία του ατόμου. Επίσης, σημαντικός είναι ο καθορισμός ορίων μέσα στη θεραπευτική σχέση ανάμεσα στον ασθενή και το νοσηλευτή καθώς και η εύρεση των κινήτρων που ώθησαν τον ασθενή στην αναζήτηση βοήθειας. Κατά τη διάρκεια της αξιολόγησης του ασθενή, όπου είναι εφικτό, πραγματοποιούνται «σύντομες παρεμβάσεις» (στη βιβλιογραφία αναφέρονται ως «brief interventions») από το νοσηλευτή.

Σύμφωνα με τον WHO (2010), οι «σύντομες παρεμβάσεις» είναι μια μορφή δομημένης θεραπείας μικρής διάρκειας (συνήθως 5-30 λεπτών) η οποία προσφέρεται για να βοηθήσει το άτομο να σταματήσει ή να ελαττώσει τη χρήση εθιστικών ουσιών. Αποτελείται από δύο στάδια. Το πρώτο στάδιο είναι αυτό της αξιολόγησης ενώ το δεύτερο στάδιο

βασίζεται στις πληροφορίες που έχουν συλλεχθεί από τη διαδικασία της αξιολόγησης και περιλαμβάνει μια πολύ μικρή συζήτηση μεταξύ του νοσηλευτή και του ατόμου που σκοπό έχει να προβληματίσει το άτομο σχετικά με τη χρήση των εθιστικών ουσιών. Μέσα από την ανάλυση της βιβλιογραφίας που έγινε από τον WHO (2010), βρέθηκε ότι οι «σύντομες παρεμβάσεις» από την πλευρά του νοσηλευτή, όταν αυτές γίνονταν την κατάλληλη χρονική στιγμή παρουσίασαν πολύ θετικά αποτελέσματα στην πορεία της θεραπείας του ατόμου.

## **Νοσηλευτική Διάγνωση**

Στο στάδιο της διάγνωσης ο νοσηλευτής προβαίνει στην ανάλυση των δεδομένων της αξιολόγησης προκειμένου να αναγνωρίσει τα πραγματικά ή δυνητικά προβλήματα υγείας, τους παράγοντες που προκαλούν ή συμβάλλουν στην ανάπτυξη αυτών των προβλημάτων, καθώς και τους τρόπους αντιμετώπισης ή τις δυνατότητες του ατόμου.

## **Νοσηλευτικός σχεδιασμός**

Ο σχεδιασμός είναι ο καθορισμός των σκοπών από το νοσηλευτή, σε συνεργασία με τον ασθενή, για την πρόληψη, ελάττωση ή επίλυση των προβλημάτων που αναγνωρίστηκαν στη νοσηλευτική διάγνωση. Περιλαμβάνει προσδιορισμό των νοσηλευτικών παρεμβάσεων που έχουν τη μεγαλύτερη πιθανότητα να βοηθήσουν τον ασθενή. Σε αυτό το στάδιο, σύμφωνα με τους Coyne & Wright (1997), απαραίτητη είναι η θέσπιση του γενικού στόχου της θεραπείας καθώς και των επιμέρους στόχων που θα επιτευχθούν σταδιακά. Ο σχεδιασμός της θεραπείας πρέπει να είναι αποτέλεσμα διαπραγμάτευσης με το άτομο που αναζητά θεραπεία καθώς πρέπει να νιώθει ότι ο σχεδιασμός του ανήκει και ότι ο νοσηλευτής είναι μια πηγή βοήθειας προκειμένου να επιτύχει τους στόχους που έχουν τεθεί. Στο στάδιο αυτό ο σχεδιασμός της θεραπείας πρέπει να γίνει με τέτοιο τρόπο έτσι ώστε μέσω των νοσηλευτικών παρεμβάσεων να βοηθιέται το άτομο στην προαγωγή της υγείας (σωματική, ψυχική, πνευματική, και κοινωνική), στην ελαχιστοποίηση των επιβλαβών συνεπειών, στη μείωση του κινδύνου, στην αποχή από τις εθιστικές ουσίες, στη διατήρηση και τη σταθερότητα. Επίσης, θα πρέπει ο σχεδιασμός να στοχεύει στην παρηγοριά του ατόμου αλλά και στη χειραφέτησή του.

## Νοσηλευτική Εφαρμογή

Η εφαρμογή είναι η εκτέλεση του σχεδίου φροντίδας που έχει αποφασιστεί. Περιλαμβάνει όλες τις παρεμβάσεις που διενεργούνται από τους νοσηλευτές για την προαγωγή, την πρόληψη και την αποκατάσταση της υγείας. Κατά την εφαρμογή του σχεδίου απαραίτητη είναι η συνέχεια της συλλογής δεδομένων προκειμένου να διαπιστωθούν μικρές ή και μεγάλες αλλαγές στην κατάσταση του ατόμου οι οποίες θα χρησιμοποιηθούν για την αξιολόγηση και αναθεώρηση του σχεδίου που εφαρμόστηκε (Taylor et al., 2002). Όσον αφορά τη συμπεριφορά του νοσηλευτή κατά τη διάρκεια της εφαρμογής του σχεδίου, πρέπει να είναι αποφασιστικός και κατηγορηματικός και τυχόν επιθετική και τιμωρητική διάθεση από το νοσηλευτή προς τον ασθενή δε συμβάλλει στην επιτυχία του σχεδίου. Αντίθετα, συμβάλλει σε μεγάλο βαθμό η υπενθύμιση με σταθερό, δίκαιο και ξεκάθαρο τρόπο των συνεπειών της μη τήρησης του σχεδίου. Ο νοσηλευτής μπορεί να παρέχει τις απαραίτητες και ακριβείς πληροφορίες σχετικά με τη χρήση εθιστικών ουσιών. Επίσης, μέσα στις αρμοδιότητές του είναι η ατομική συμβουλευτική, η εκπαίδευση πάνω στην υγεία και η συμβουλευτική σχετικά με την αποφυγή της υποτροπής. Μπορεί να προτείνει συμπληρωματικές θεραπείες που κατά τη γνώμη του θα είναι ευεργετικές για το άτομο (τσάι αποτοξίνωσης, βελονισμός) καθώς και τεχνικές για τη διαχείριση του άγχους που εμφανίζεται σε αυτές τις περιπτώσεις. Επιπρόσθετα, μπορεί να προτείνει και τη συμμετοχή του ατόμου σε ομάδες εργασίας που θεωρεί ότι μπορεί να είναι ευεργετικές αλλά και συμμετοχή σε υποστηρικτικές ομάδες (ανώνυμοι αλκοολικοί).

## Νοσηλευτική εκτίμηση των αποτελεσμάτων

Η εκτίμηση είναι η μέτρηση της έκτασης στην οποία έχουν επιτευχθεί οι σκοποί του ασθενούς. Ο νοσηλευτής και ο ασθενής συνεκτιμούν το βαθμό επίτευξης των σκοπών που καθορίστηκαν στο σχέδιο της φροντίδας και προσδιορίζουν τους παράγοντες που επηρέασαν θετικά ή αρνητικά την έκβαση του σχεδίου. Η ανταπόκριση του ασθενή καθορίζει αν πρέπει η νοσηλευτική φροντίδα να συνεχιστεί, να τροποποιηθεί ή να τερματιστεί. Σε περίπτωση μη επίτευξης των στόχων, ο νοσηλευτής οφείλει να εξετάσει αν οι στόχοι που είχαν τεθεί από τον ασθενή ήταν μη ρεαλιστικοί ή αν οι στόχοι που είχαν τεθεί από το νοσηλευτή ήταν μη ρεαλιστικοί ή όχι ξεκάθαρα διατυπωμένοι. Επίσης, σύμφωνα με τους Coyne & Wright

ΕΚΤΙΜΗΣΗ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΚΤΕΛΕΣΗ ΠΡΟΓ/ΣΜΟΥ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤ/ΤΟΣ
----------	-------------------------	-----------------	-----------------------	----------------------

(1997), ο νοσηλευτής οφείλει να εξετάσει αν υπήρχαν αλλαγές στην κοινωνική κατάσταση του ασθενή, οι οποίες τον επηρεάζουν ψυχολογικά. Για παράδειγμα, κατά την έναρξη της προσπάθειας ο φόβος για τα συμπτώματα στέρησης μπορεί να ήταν καθοριστικός για την πορεία της προσπάθειας ενώ στο τέλος ο φόβος μπορεί να σχετίζεται με το άγνωστο κοντινό μέλλον. Σε τέτοιες περιπτώσεις προτείνεται η συνδρομή και άλλων βοηθητικών υπηρεσιών, όπως ψυχολόγων και κοινωνιολόγων. Σε περίπτωση που οι στόχοι έχουν επιτευχθεί, είναι απαραίτητο να δημιουργηθεί και ένα σχέδιο μετά – φροντίδας έτσι ώστε να μεγιστοποιηθεί η πιθανότητα διατήρησης όσων επιτεύχθηκαν κατά της διάρκεια της νοσηλευτικής διεργασίας. Η παροχή της μετέπειτα περίθαλψης από το νοσηλευτή θα πρέπει να θεωρείται τμήμα του όλου σχεδίου ενώ τα όρια και οι περιορισμοί που τη διέπουν θα πρέπει να είναι ξεκάθαρα.

### **Νοσηλευτική διεργασία**

Αργά το βράδυ καταφθάνει στο τμήμα των επειγόντων περιστατικών του Ρίου ασθενής 69 ετών που αντιμετωπίζει πρόβλημα με τον αλκοολισμό. Μαζί με τον ασθενή υπάρχει και η σύζυγος του με τον γιο τους οι οποίοι δίνουν πληροφορίες για το ιστορικό του ασθενούς και ενημερώνουν ότι έχει διαγνωστεί με κίρρωση του ήπατος. Η κλινική εικόνα του περιλαμβάνει ακατάπαυστη και χωρίς νόημα ομιλία ενώ η σκέψη φαίνεται να μην έχει κάποια σύνδεση μεταξύ της. Παράλληλα εμφανίζει πρόβλημα στη βάδιση και στην ισορροπία ενώ τον χαρακτηρίζει μια έντονη μυρωδιά αλκοόλ.

Κίρρωση του ήπατος	Υπάρξη υγρού στην κοιλία που οφείλεται σε ασκίτη	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Χορήγηση διουρητικών κατόπιν ιατρικής οδηγίας.</li> <li>2. Παρακέντηση για να αφαιρεθεί το υγρό από την κοιλία.</li> <li>3. Χορήγηση συγκεκριμένης διαίτας κατόπιν συνεννόησης με το διατροφολόγο του νοσοκομείου.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Άμεση εκτέλεση της θεραπείας για την ανακούφιση του ασθενούς.</li> <li>2. Ψυχολογική υποστήριξη κατά τη διάρκεια της εκτέλεσης</li> <li>3. Παρακίνηση για να βελτιώσει τον τρόπο ζωής που ακολουθεί και ενημέρωση για τα προγ/τα απεξάρτησης</li> </ol>	Το υγρό έχει αφαιρεθεί από την κοιλία του ασθενούς ενώ έχει βελτιωθεί ήδη σωματικά και ψυχικά.
--------------------	--	---	---	--

## **BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ**

### **ΕΛΛΗΝΙΚΗ**

Bennet, P. (2010) *Κλινική ψυχολογία και ψυχοπαθολογία*. Αθήνα: Πεδίο

Black, D., Andreasen, N., (2015) *Εισαγωγή στην ψυχιατρική*. Αθήνα: Παρισιάνου.

Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία – ΕΚΤΕΠΙΝ (2006) Ετήσια Έκθεση του ΕΚΤΕΠΙΝ για την κατάσταση των ναρκωτικών και των οινόπνευματωδών στην Ελλάδα 2005. ΕΠΨΥ, Αθήνα.

Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων-ΚΕΘΕΑ (2007). Κοινωνιοδημογραφικά χαρακτηριστικά και συνθήκες χρήσης των ατόμων που απευθύνθηκαν στα Συμβουλευτικά Κέντρα του ΚΕΘΕΑ τα έτη 2000 έως και 2006. Διαχρονική μελέτη. ΚΕΘΕΑ, Σειρά Ερευνητικές Μονογραφίες, Αθήνα.

Λιάππας, Ι. (2004α). *Εξαρτησιογόνες ουσίες*. Σύγχρονα Θέματα. ΙΤΑΚΑ Ελληνικό Τμήμα, Αθήνα.

Λιάππας, Ι. (2004). *Εξαρτησιογόνες ουσίες – χρήσιμοι ορισμοί*. Σύγχρονα Θέματα. ΙΤΑΚΑ Ελληνικό Τμήμα, Αθήνα.

Λιάππας, Α.Γ. (2003). *Ναρκωτικά, εθιστικές ουσίες, κλινικά προβλήματα αντιμετώπιση*. Εκδόσεις Πατάκη, Ε΄ έκδοση, Αθήνα.

Μάτσα, Κ. (2004). Τοξικομανία, κοινωνικός αποκλεισμός και κοινωνική παθολογία . Στο Λιάππας, Α. Ι και Πομίνι, Β. (επιμέλεια) Ουσιοεξάρτηση, Σύγχρονα Θέματα. ΙΤΑΚΑ Ελληνικό Τμήμα, Αθήνα.

Μάτσα, Κ. (2001). *Ψάξαμε ανθρώπους και βρήκαμε σκιές. Το αίνιγμα της τοξικομανίας*. Αθήνα, Άγρα.

Μπαϊρακτάρης , Κ. (1994). *Ψυχική Υγεία και Κοινωνική Παρέμβαση. Εμπειρίες, συστήματα,*

πολιτικές. Εναλλακτικές Εκδόσεις / Αντιπαραθέσεις, Αθήνα.

Νικολάου, Κ. και Μάτσα, Κ. (2004) *Το φαινόμενο της συννοσηρότητας στις εξαρτήσεις*. Στο Λιάππας, Ι και Πομίνι, Β. (Επιμ.) *Ουσιοεξάρτηση: σύγχρονα θέματα*. ΙΤΑΚΑ, Αθήνα, σ. 106-117.

Παπαστάμου Σ., Προδρομίτης Γ. (2001). Ποσοτική Πανελλαδική Έρευνα για το «Πάμε Στοίχημα, Ιπποδρομίες, Κυνοδρομίες». Πάντειο Παν/μιο, Εργαστήριο κοινωνικής και πειραματικής ψυχολογίας.

Παπαστάμου Σ., Προδρομίτης Γ. (2002) Ποσοτική Πανελλαδική Έρευνα για την Κοινωνική αναπαράσταση του εξαρτημένου παίκτη και τα μέτρα αντιμετώπισης της παθολογικής ενασχόλησης από τα τυχερά παιχνίδια. Πάντειο Παν/μιο, Εργαστήριο κοινωνικής και πειραματικής ψυχολογίας

Πουλόπουλος, Χ. (2005), *Εξαρτήσεις: Οι θεραπευτικές κοινότητες*. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.

Osborn, K., Wraa, C., Watson, A. (2013). *Παθολογική-χειρουργική νοσηλευτική*. Αθήνα: Πασχαλίδης.

Σαχίνη-Καρδάση, Α., Πάνου, Μ., (2006). *Παθολογική και χειρουργική Νοσηλευτική*. Τόμος 2<sup>ος</sup>. Εκδόσεις: Βήτα. Αθήνα.

Σικελιανου, Δ. (2010) *Κλινική ψυχοπαθολογία Ενηλίκων*. Αθήνα: Διόνικος.

Taylor C., Lillis C., LeMone P., (2002), *Θεμελιώδεις Αρχές της Νοσηλευτικής. Η επιστήμη και η τέχνη της νοσηλευτικής φροντίδας, τόμος I (3rd edition)*, επιμ. Λεμονίδου, Χ., Πατηράκη – Κουρμπάνη, Ε.), Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδη

Φουντούκη Α. και Θεοφανίδης Δ., (2012), Ο εκπαιδευτικός ρόλος του νοσηλευτή. Το βήμα του Ασκληπιού, 11(1), 503-522.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

American Psychiatric Association - APA (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association

Ball, J.C. and Ross, A. (1991). The effectiveness of methadone maintenance treatment, New York: Springer-Verlag.

Boardman, J. D., Finch, B. K., Ellison, C. G., Williams, D. R., and Jackson, J. S. (2001). Neighborhood disadvantage, stress, and drug use among adults. *Journal of Health and Social Behavior*, 42, 151-165.

Caldwell, G. T. (1974). The gambling Australian. In D. E. Edgar (Ed.), *Social change in Australia* (pp. 13–23). Melbourne, Australia: Cheshire. In: N., Raylu & T. P. S., Oei (eds). *Pathological gambling: A comprehensive review*. *Clinical Psychology Review*, 2002; 22: 1009–1061.

Coyne P., Wright S., (1997), *Substance use guidance on good clinical practice for special nurses, Working with alcohol and drug users*, London: published by ANSA (The association of nurses in substance abuse).

Goodwin, D.W. (1979) Alcoholism and heredity: A review and hypothesis. *Archives of General Psychiatry*, 36:57-61

Griffiths, M. (2009). Internet Gambling: Preliminary Results of the First U.K. Prevalence Study. *Journal of Gambling Issues*, 5 doi: 10.4309/jgi.2001.5.8

Hill, C. E., Thompson, B. J., & Williams, E. N. (1997). A guide to conducting consensual qualitative research. *The Counseling Psychologist*, 25, 517-572.

Kaminer, Y. (1994). *Adolescent substance abuse: A comprehensive guide to theory and practice*. New York, NY: Plenum Press.

Miller, N.S.; Gold, M.S.; Belkin, B.M. and Klahr, A.L. (1989a). Family history and diagnosis of alcohol dependence in cocaine dependence. *Psychiatry Research*. 29, 113-121.



Miller, N.S.; Gold, M.S.; Belkin, B.M. and Klahr, A.L. (1989b). The diagnosis of alcohol and cannabis dependence in cocaine dependents and alcohol dependence in their families. *British Journal of Addiction*. 84, 1491-1498.

Mirin, S.M., Weiss, R.D., Griffin, M.I. and Michael, J.L. (1991). Psychopathology in drug abusers and their families. *Comprehensive Psychiatry*, 32, 36-51

Onken L.S., Blaine J.D. and Boren J.J. (1997). Beyond the therapeutic alliance: keeping the drug dependent individual in treatment. Rockville, Md.: NIDA.

Onken, L.S.; Blaine, J.D.; and Boren, J.J. (1997). Treatment for Drug Addiction: It Won't Work if They Don't Receive It. In Onken, L.S., Blaine, J.D. and Boren, J.J. (eds). *Beyond the Therapeutic Alliance: keeping the Drug-Dependent Individual in Treatment*. NIDA Research Monograph 165, Rocville, MD. p. 1-3.

Peirce, R. S., Frone, M. R., Russell, M., Cooper, M. L., & Mudar, P. (2000). A longitudinal model of social contact, social support, depression, and alcohol use. *Health Psychology*, 19, 28–38.

Pickens, R.W, Svikis, D.S., McGue, M., Lykken, D.T., Heston, L.L. and Clayton, P.J. (1991). Heterogeneity in the inheritance of alcoholism: A study of male and female twins. *Archives of General Psychiatry*, 48, 19-28.

Rassol H.G., (1993), Nursing and substance misuse: responding to the challenge, *Journal of Advanced Nursing*, 18, 1401-1407.

Schuckit, M.A. (1998). *Educating Yourself about Alcohol and Drugs. A People's Primer*. New York and London: Plenum Trade.

Slutske, W. S., Caspi, A., Moffitt, T.E. & Poulton, R., (2005). Personality and Problem Gambling. A Prospective Study of a Birth Cohort of Young Adults. *Arch Gen Psychiatry*. 62:769-775.

Slutske, W. S., Zhu, G., Meier, M. H., & Martin, N. G. (2011). Disordered gambling as defined by the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders and the South Oaks Gambling Screen: Evidence for a common etiologic structure. *Journal of Abnormal Psychology*, 120: 743-751

Slutske, W. S., Eisen, S., True, W. R., Lyons, M. J., Goldberg, J., & Tsuang, M. (2000). Common genetic vulnerability for pathological gambling and alcohol dependence in men. *Archives of General Psychiatry*, 57 (7): 666–673. In: N., Raylu & T. P. S., Oei (eds.). *Pathological Gambling: A comprehensive review*. *Clinical Psychology Review*, 2002; 22: 1009 – 1061.

Thio, A. (2003). *Deviant Behavior*, 7th Ed. Boston: Allyn & Bacon.

World Health Organization, (2010), *The involvement of nurses and midwives in screening and brief interventions for hazardous and harmful use of alcohol and other psychoactive substances*, ed: Stahmer I., Pretoria, South Africa.